

Дом внутри: искусство самоусыновления. Репаративное самоусыновление как транстеоретический конструкт - теоретическое обоснование и протокол пилотного исследования

Reparative Self-Adoption as a Transtheoretical Construct: Theoretical Framework and a Pilot Study Protocol

УДК 159.9.072

Беляев Александр Геннадьевич, аспирант / соискатель, Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, г. Барнаул

e-mail: 694787@mail.ru

Belyaev Aleksandr Gennadievich, Postgraduate Student, Altai State Medical University, Barnaul

e-mail: 694787@mail.ru

Аннотация

В статье представлено теоретическое обоснование концепции «Репаративного самоусыновления» (РС) как транстеоретического конструкта, описывающего акт сознательного принятия взрослым человеком ответственности за заботу о собственных уязвимых состояниях. Конструкт не является самостоятельной психотерапевтической моделью и не конкурирует с существующими подходами, а встраивается в различные терапевтические парадигмы: КПТ, схема-терапию, транзактный анализ, CFT, IFS, АСТ, МВСТ, экзистенциальную терапию, телесно-ориентированную терапию, психодраму, гештальт-терапию, метакогнитивную терапию и логотерапию. В качестве предполагаемого уникального активного ингредиента рассматривается рефлексивный акт принятия права на заботу через реалистичные поведенческие микро-контракты с правом на ошибку. Определены три уровня применения конструкта: акт, процесс, терапия - с ясными критериями

завершения для каждого уровня. Разработан расширенный протокол безопасности, учитывающий коморбидные расстройства, психофармакологический контекст и специфические риски по клиническим группам. Представлен дизайн двухэтапного пилотного исследования: изолированная проверка ядра конструкта (микро-контракт) и проверка последовательности девяти модулей. Статистический анализ включает оценку размера эффекта d Коэна для определения целесообразности полномасштабного РКИ. Конструкт РС представляет собой клиническую гипотезу, требующую эмпирической проверки.

Annotation

The article presents a theoretical justification of the concept of "Reparative Self-Adoption" (RSA) as a transtheoretical construct describing the act of conscious acceptance by an adult of responsibility for caring for their own vulnerable states. The construct is not an independent psychotherapeutic model and does not compete with existing approaches; it is embedded in various therapeutic paradigms: CBT, schema therapy, transactional analysis, CFT, IFS, ACT, MBCT, existential therapy, body-oriented therapy, psychodrama, gestalt therapy, metacognitive therapy, and logotherapy. The reflexive act of accepting the right to care through realistic behavioral micro-contracts with the right to make mistakes is considered as the presumed unique active ingredient. Three levels of application of the construct are identified: act, process, therapy - with clear completion criteria for each level. An extended safety protocol has been developed that takes into account comorbid disorders, the psychopharmacological context, and specific risks by clinical groups. The design of a two-stage pilot study is presented: an isolated test of the core of the construct (micro-contract) and a test of the sequence of nine modules. Statistical analysis includes assessment of Cohen's d effect size to determine the feasibility of a full-scale RCT. The RSA construct is a clinical hypothesis requiring empirical testing.

Ключевые слова: репаративное самоусыновление, транстеоретический конструкт, самосострадание, схема-терапия, эмоциональное пренебрежение,

пилотное исследование, протокол исследования, психотерапевтическая интеграция.

Keywords: reparative self-adoption, transtheoretical construct, self-compassion, schema therapy, emotional neglect, pilot study, study protocol, psychotherapeutic integration.

1. Введение

1.1. Эпистемологические и этические границы работы

Настоящий текст не является руководством по формированию «любви к себе» посредством волевого усилия. Предметом рассмотрения является фундаментальный процесс, обозначаемый как переход к авторству собственной жизни через принятие права на заботу об уязвимых аспектах собственного опыта.

Важно подчеркнуть, что «принятие ответственности» здесь означает не императив «взять себя в руки», а обретение и реализацию привилегии быть на своей стороне. Терапевт должен активно исследовать, не превращается ли «договор с собой» в новый источник стыда и/или вины, что является ключевым риском конструкта.

1.2. Актуальность, уникальность и польза предлагаемого конструкта

Актуальность конструкта РС определяется тремя взаимосвязанными факторами.

Первый фактор - клиническая потребность. Последствия эмоционального пренебрежения, хроническая самокритика и нарушенное самоотношение остаются трудно поддающимися терапевтическому воздействию. Существующие подходы (схема-терапия, CFT, IFS) демонстрируют эффективность, однако значительная часть клиентов не достигает устойчивых изменений. Это указывает на необходимость интегративных инструментов, которые могут быть встроены в различные парадигмы без отказа от их теоретических оснований. Масштаб этой потребности становится очевидным при обращении к эпидемиологическим данным. По оценкам ВОЗ, 6 из 10 детей в возрасте до 5 лет - около 400 миллионов - регулярно подвергаются

психологическому насилию или физическим наказаниям со стороны родителей и опекунов. Ежегодно более 1 миллиарда детей в возрасте 2–17 лет сталкиваются с той или иной формой насилия, включая физическое, эмоциональное и сексуальное. Эмоциональное пренебрежение не оставляет внешних следов - именно поэтому ВОЗ называет жестокое обращение с детьми «скрытым явлением», а реальный масштаб проблемы значительно превышает любые официальные данные: лишь менее половины пострадавших детей рассказывают кому-либо о пережитом, и менее 10% получают какую-либо помощь [1; 2].

Цена этого пренебрежения измеряется не только психологическим страданием, но и демографическими потерями. Когортный анализ UK Biobank (153 294 участника) показал, что физическое пренебрежение связано с повышением риска общей смертности на 17% (HR 1.17, 95% ДИ 1.09–1.25), а смертности от цереброваскулярных болезней - на 60% (HR 1.60, 95% ДИ 1.19–2.14) [3]. Эмоциональное насилие также показало значимую связь с общей смертностью (HR 1.17, 95% ДИ 1.08–1.27) [3]. В другом крупном исследовании на базе UK Biobank (157 316 участников) эмоциональное пренебрежение оказалось значимо связано с более чем 70% из 414 изученных исходов здоровья, включая психические и физические заболевания [4]. Эти цифры переводят клиническую потребность из плоскости «отдельных случаев» в плоскость системного явления, что делает разработку интегративных инструментов не просто желательной, а необходимой.

Второй фактор - концептуальный пробел. Конструкты «внутреннего ребёнка» и «внутреннего родителя» широко используются в клинической практике, однако их интеграция в единую последовательность с акцентом на экзистенциальное авторство остаётся недостаточно разработанной. Существующие подходы фокусируются либо на когнитивной перестройке (КПТ), либо на эмоциональной регуляции (CFT), либо на системной дифференциации (IFS), но не на акте принятия обязательства как точке перехода.

Третий фактор - культурная специфика. Культурно-специфические модификации психотерапевтических моделей для русскоязычных и постсоветских популяций практически отсутствуют в рецензируемой литературе. Конструкт РС предлагает предварительную рамку для анализа культурно-специфических интроектов и моделей самоотношения. Культурная специфика в российском контексте приобретает особую остроту, поскольку здесь эмоциональное пренебрежение оказывается не периферийным, а центральным элементом детского опыта. Данные ВОЗ по российским студентам (N = 1580) показали: 57,9% сообщили об эмоциональном пренебрежении в детстве, 37,9% - об эмоциональном насилии, 14% - о физическом насилии, 5,7% - о сексуальном насилии [1]. Это означает, что в изученной российской выборке эмоциональное пренебрежение - самая распространённая форма неблагоприятного детского опыта, встречающаяся в 10 раз чаще, чем сексуальное насилие, которое при этом получает несравнимо больше общественного внимания и ресурсов.

Современные российские демографические данные подтверждают масштаб проблемы. В 2025 году в России зафиксированы рекордные за 14 лет показатели впервые диагностированных психических расстройств - 328 человек на 100 тыс. населения. Заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами достигла 56,9 на 100 тыс. - максимум с 2016 года, с ростом на 30% за год. Рынок антидепрессантов вырос до 23,6 млн упаковок в 2025 году против 13,8 млн в 2022-м. Если более половины молодых россиян выросли в условиях систематического игнорирования их эмоциональных потребностей, то речь идёт не о частной проблеме, а о поколенческом явлении - и именно здесь конструкт РС предлагает предварительную рамку для анализа [5; 6].

Уникальность конструкта РС заключается не в абсолютной новизне каждого элемента (работа с внутренним ребёнком, самокритикой, границами имеет аналоги в существующих подходах), а в комбинации следующих характеристик:

- Транстеоретичность. РС описывает акт, а не модель. Акт по определению не может быть «моделью» - он является событием, решением, точкой перехода. Это позволяет встраивать РС в различные парадигмы без отказа от их теоретических оснований.

- Уникальный активный ингредиент. Рефлексивный акт принятия права на заботу через реалистичные поведенческие микро-контракты с правом на ошибку. В отличие от CFT, где поведенческая активация основана на сострадании, и если в системной семейной психотерапии (IFS) лидерство Self возникает через разделение (unblending), то в Радикальном Сострадании (РС) акцент делается на экзистенциальном обязательстве и заключении реалистичного договора с собой.

- Временная внутренняя опора. Внутренний Родитель в РС - не устойчивая структура и не новая идентичность, а временная позиция, создаваемая на период дефицита и отпадающая, когда необходимость в ней исчезает. Это отличает РС от схема-терапии, где Здоровый Взрослый рассматривается как устойчивое образование.

- Трёхуровневая структура. Различение акта, процесса и терапии позволяет точно определить клиническую задачу и оценивать результат.

Польза конструкта для клинической практики и исследований включает: для практикующих специалистов - возможность использовать РС в рамках своей теоретической идентичности, не отказываясь от базовых принципов подхода; для исследователей - операционализируемые конструкты с фальсифицируемыми предсказаниями; для клиентов - реалистичный язык самоописания, включающий право на ошибку и легитимизацию несовершенства; для системы подготовки специалистов - модель, развивающая навыки дифференциации зрелого и защитного самоусыновления, работы с переносом и распознавания ятрогенных рисков.

1.3. Статус конструкта: не модель, а транстеоретический инструмент

Принципиальное уточнение, вводимое в данной работе: репаративное самоусыновление не является самостоятельной психотерапевтической

моделью. Оно не конкурирует с существующими подходами и не претендует на статус «нового метода». РС - это транстеоретический конструкт, описывающий специфический акт, который может быть встроен в различные терапевтические парадигмы.

Такое позиционирование имеет несколько оснований.

Первое. Ключевые элементы конструкта (работа с внутренним ребёнком, внутренним родителем, самокритикой) имеют аналоги в существующих валидированных подходах: схема-терапии, IFS, CFT, транзактном анализе, АСТ. Научно корректно заявлять не абсолютную уникальность каждого элемента, а предполагаемую новизну их комбинации, последовательности, языка описания и культурной адаптации.

Второе. Конструкт описывает акт, а не модель. Акт по определению не может быть «моделью» - он является событием, решением, точкой перехода. Модель предполагает структуру, этапность, протокол. Акт предполагает момент, выбор, обязательство.

Третье. Транстеоретическая встраиваемость является не недостатком, а достоинством конструкта. Она позволяет специалистам различных направлений использовать его в рамках своей парадигмы, не отказываясь от своих теоретических оснований.

Если РС используется как самостоятельная модель терапии. Хотя РС позиционируется как транстеоретический конструкт, в клинической практике возможен сценарий, при котором специалист применяет РС как основную рамку работы. В этом случае РС функционирует как мета-модель, интегрирующая элементы различных подходов вокруг центрального акта принятия права на заботу. Конкретные механизмы работы в этом случае включают: диагностическую фазу - исследование внутренних голосов, запрещённых эмоций и неудовлетворённых потребностей с использованием инструментов схема-терапии и IFS; фазу легитимизации - валидацию чувств с использованием техник CFT и эмпатического отзеркаливания; фазу траура - оплакивание невосполнимых потерь с использованием экзистенциальных и

логотерапевтических техник; фазу встречи - установление безопасного контакта с уязвимым состоянием с использованием телесно-ориентированных практик и техник осознанности; фазу строительства - заключение поведенческих микро-контрактов и их реализацию с использованием принципов поведенческой активации; фазу границ - обучение защите себя с использованием ассертивных техник; фазу интеграции - снижение внутренней войны между состояниями с использованием диалоговых техник; фазу свидетельства - фиксацию изменений через символические действия и нарратив; фазу реляционального расширения - перенос внутренней заботы на внешние отношения с использованием техник межличностной эффективности.

Важно подчеркнуть: использование РС как самостоятельной модели не означает отказа от теоретических оснований существующих подходов. Специалист сохраняет свою теоретическую идентичность, используя РС как организующую рамку.

1.4. Три уровня применения: акт, процесс, терапия

Для преодоления концептуальной неопределённости вводится различие трёх уровней применения конструкта:

Уровень 1: Акт самоусыновления. Единичное экзистенциальное решение, «точка перехода». Характеризуется: осознанностью, добровольностью, принятием обязательства (микро-контракт). Может происходить в терапии, в самостоятельной работе, в кризисной ситуации. Не требует длительного сопровождения.

Уровень 2: Процесс самоусыновления. Серия актов, повторяющихся решений, формирующих устойчивую внутреннюю позицию. Характеризуется: спиральностью, возвратами, углублением. Требует поддержки, рефлексии, возвращения. Может происходить в терапии или в группе.

Уровень 3: Терапия. Клинический контекст, в котором акт и процесс становятся возможными. Характеризуется: длительностью, этапностью, сопровождением, работой с сопротивлением, профилактикой рецидивов.

1.5. Три этапа становления субъектности

В основе конструкта лежит представление о трёх этапах становления: (1) биологическое рождение; (2) психологическое становление (сепарация); (3) сознательное самоусыновление - этап, на котором взрослый человек начинает становиться автором собственной жизни. Этот переход описывается как акт, в котором зрелая часть личности принимает на себя ответственность за заботу о тех внутренних аспектах, которые в детстве остались без достаточной поддержки.

1.6. Феноменологический статус конструктов

Такие конструкты, как «внутренний ребёнок» и «внутренний родитель», рассматриваются здесь как феноменологические обозначения устойчивых аффективно-когнитивных паттернов, а не как отдельные субличности или нейронные сети. Под «Внутренним Ребёнком» понимается констелляция эмоционально-телесных и когнитивных процессов, которые в субъективном опыте клиента проявляются как паттерн уязвимости и потребности в заботе. Язык «частей» используется как нарративная технология, облегчающая доступ к сложному внутреннему опыту, и его реификация должна строго отслеживаться в терапевтическом процессе, особенно при высоких баллах по шкале диссоциации (DES > 20).

1.7. Система пометок

Для обеспечения терминологической ясности используется система пометок: ЭП - эмпирически подтверждённые положения; КМ - клинические метафоры; ФК - философские конструкты; НБ - нейробиологические корреляты.

1.8. Центральный исследовательский вопрос

Центральный исследовательский вопрос формулируется следующим образом: может ли сознательное принятие взрослым человеком родительской ответственности за собственные уязвимые состояния, реализуемое через поведенческие эксперименты и нарративную переработку, способствовать восстановлению саморегуляции, чувства безопасности и субъектности, и

является ли данный протокол осуществимым и безопасным в условиях пилотного исследования?

Данный вопрос конкретизируется в следующих подвопросах:

- Вопрос об активном ингредиенте: Является ли микро-контракт с правом на ошибку специфическим механизмом, отличающим РС от существующих подходов (CFT, IFS, схема-терапия)?
- Вопрос о транстеоретической встраиваемости: Может ли РС быть встроен в различные терапевтические парадигмы без утраты их теоретической идентичности?
- Вопрос о механизмах изменения: Какие механизмы (метакогнитивный сдвиг, коррективный эмоциональный опыт, нарративная трансформация) опосредуют предполагаемые изменения?
- Вопрос о безопасности: Какие клинические группы требуют модификации протокола, и какие предохранители необходимы для предотвращения ятрогенных рисков?
- Вопрос об осуществимости: Является ли предложенный протокол реалистичным с точки зрения набора участников, удержания и приемлемости для клиентов?

2. История вопроса: теоретические корни конструкта

2.0. Психоаналитические истоки: репарентинг и «внутренний ребёнок» (ЭП/КМ)

Прежде чем перейти к рассмотрению современных подходов, необходимо обозначить психоаналитическую генеалогию концепций, лежащих в основе РС. Шандор Ференци (1920–1930-е) первым в психоаналитической традиции описал работу с «расщеплённым внутренним ребёнком» травмированных взрослых пациентов и признал необходимость репаративного опыта в терапии: терапевт должен действовать иначе, чем травмирующая родительская фигура, создавая условия для «нового начала» [7] (ЭП). Его концепция «принципа снисходительности» (principle of indulgence)

предвосхитила идею коррективного эмоционального опыта, позже развитую Александером (1946) (ЭП).

Гарри Гантрип (1968) развил это направление через концепцию «Регрессировавшего Эго» (Regressed Ego) - отщеплённой части личности, которая «застревает» в раннем возрасте и требует заботы [8] (ЭП). Его ключевой вклад - понятие «потерянного сердца Самости» (Lost Heart of the Self): подлинное ядро личности скрыто за защитными структурами, но остаётся доступным при создании безопасных условий (КМ). Майкл Балинт (1968) описал «базовую ошибку» (basic fault) как дефицит, возникающий из-за расхождения между потребностями ребёнка и доступной заботой, и различал доброкачественную (benign) и злокачественную (malignant) регрессию [9] (ЭП). РС интегрирует это различие через критерии готовности и протокол безопасности, предотвращающие злокачественную регрессию.

Хью Миссилдайн (1963) первым систематически описал «внутреннего ребёнка прошлого» как устойчивую структуру, чьи неудовлетворённые потребности продолжают влиять на взрослое функционирование [10] (ЭП). Артур Янов (1970) развил понятие «первичной боли» - подавленного переживания неудовлетворённых потребностей детства, которое требует полного проживания для исцеления [11] (ЭП/КМ). РС наследует эту логику, но вносит два отличия: работа с болью происходит в пределах «окна толерантности», а не через катарсическое отреагирование; проживание боли дополняется поведенческим микро-контрактом как точкой перехода от переживания к действию.

2.1. Теория привязанности и ментализации (ЭП)

Теория привязанности (Bowlby, 1969) объясняет, как ранние отношения формируют ожидания безопасности и модели совладания. Теория ментализации (Fonagy & Target, 1997) описывает способность понимать собственное и чужое психическое состояние. В конструкте РС развитие рефлексивного функционирования рассматривается как ключевой механизм изменения.

Концепция «learned security» (Fear, 2017) дополняет это понимание, различая «earned security» (безопасность, достигнутую через переработку опыта) и «learned security» (безопасность, выученную через репаративный опыт отношений с терапевтом) (ЭП). Первая предполагает, что клиент самостоятельно перерабатывает травму; вторая - что терапевт предоставляет опыт безопасной базы, который клиент интернализует. РС интегрирует эту логику в модуль «Предварительные условия»: для клиентов с тяжёлой депривацией фаза внешней опоры предшествует акту самоусыновления.

Дэниел Хьюз разработал Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP), основанную на RACE-режиме (Playfulness, Acceptance, Curiosity, Empathy) - способе взаимодействия, который создаёт условия для нового опыта безопасной привязанности (ЭП). Ключевой вклад Хьюза - описание механизма, посредством которого внешний RACE-режим интернализуется и становится внутренним RACE-режимом [12] (КМ). РС наследует эту логику, но переносит акцент с диадического взаимодействия (терапевт - клиент) на интрапсихическое (Взрослый - Внутренний Ребёнок). Кроме того, РС добавляет поведенческий микро-контракт как точку перехода от интернализации к действию.

Диана Фоша разработала Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy (AEDP), в которой диадическая регуляция аффекта рассматривается как ключевой механизм изменения (ЭП). Её ключевой тезис: «Пациент никогда не один с подавляющими эмоциональными переживаниями» [13] (КМ). AEDP создаёт условия для коррективного эмоционального опыта через совместное переживание аффекта в безопасных отношениях. РС наследует эту логику, но переносит акцент с диадического опыта на интрапсихический, что позволяет клиенту интернализировать функцию регуляции, а не зависеть от терапевта.

2.2. Схема-терапия (ЭП)

Схема-терапия (Young et al., 2003) является одной из наиболее важных эмпирических опор концепции, связывая детский опыт с устойчивыми паттернами взрослой жизни. РС заимствует понятия режимов и ограниченного

репарентинга, перенося акцент с терапевта на развитие собственной «родительской» функции клиента.

Эмпирическое исследование Yakin и Arntz (2023) операционализирует механизм self-reparenting в схема-терапии, выделяя три ключевых компонента «Здорового Взрослого»: Bond (эмоциональная связь с детскими режимами), Balancing (баланс выражения и торможения эмоций) и Battle (противостояние критическим голосам) (ЭП). Ключевой вывод - реципрокность отношений: детские режимы не только получают заботу, но и подпитывают Здорового Взрослого спонтанностью [14]. РС интегрирует эту логику, но вносит три отличия: акцент на акте (микро-контракт) как точке перехода; право на ошибку как структурный элемент; транстеоретическая встраиваемость вместо схема-терапевтической модели. Ценность этого различия подтверждается данными о том, насколько глубоко эмоциональное пренебрежение укореняется в психике по сравнению с другими типами травмы. Крупное исследование на базе NESDA (Netherlands Study of Depression and Anxiety, n = 2981) сравнило четыре типа детской травмы: эмоциональное пренебрежение, эмоциональное насилие, физическое насилие и сексуальное насилие. Результат: эмоциональное пренебрежение и эмоциональное насилие показали самую сильную связь с автоматическими негативными самоассоциациями - то есть с бессознательным, мгновенным ощущением «я плохой», которое срабатывает до того, как человек успевает его осознать [15]. Физическое и сексуальное насилие - это события. Эмоциональное пренебрежение - это среда. Ребёнок не может «пережить» пренебрежение и «двинуться дальше», потому что оно было фоном его существования.

Дополнительные данные указывают на специфические «чувствительные периоды», когда эмоциональное пренебрежение оказывает наиболее разрушительное воздействие. Исследование на выборке психиатрических пациентов (N = 129) с использованием шкалы MACSE показало, что эмоциональное пренебрежение в возрасте 4–5 лет связано с повышенными симптомами диссоциации, а эмоциональное пренебрежение в возрасте 8–9 лет

- с усилением симптомов депрессии [16]. Это означает, что автоматические негативные самоассоциации, сформированные в такой среде, оказываются прочнее и глубже встроенными в психику, чем последствия единичных травматических событий. Это различие между событием и средой принципиально для РС: конструкт адресован именно той среде, которая сформировала автоматические самоассоциации, а не отдельным травматическим эпизодам.

Мария Мюллер-Гартнер предлагает конкретную рамку для self-parenting в схема-терапии - модель «NEED», включающую три области: (1) Nurturance and Enjoyment - забота и удовольствие; (2) Emergency care - внимание при активации схем; (3) Decision making - решения с учётом потребностей Уязвимого Ребёнка (КМ/ЭП). РС интегрирует эту рамку, добавляя к ней поведенческий микро-контракт как механизм перехода от понимания к действию.

2.3. Терапия, сфокусированная на сострадании (CFT), и практики самосострадания (MSC) (ЭП)

CFT (Gilbert, 2010) и MSC (Neff, 2011) предлагают структурированные методы развития самосострадания. Ключевое концептуальное отличие РС заключается в акценте не на самом чувстве сострадания, а на экзистенциальном акте принятия обязательства, реализуемом через поведенческие микро-контракты. Эта логика подтверждается исследованиями, показывающими, что самокритика является не просто симптомом, а механизмом, опосредующим связь между пренебрежением и потерей смысла. Исследование Calaresi et al. (2025, Psicothema) на выборке 1086 участников из терапевтических сообществ показало, что самокритика опосредует связь между эмоциональным пренебрежением в детстве и поиском смысла в жизни. Конкретно, самоатака (self-attacking) выступила медиатором между эмоциональным пренебрежением и как присутствием смысла, так и поиском смысла; самокритика (self-criticizing) опосредовала путь к поиску смысла; а самоуспокоение (self-reassuring) - путь к присутствию смысла [17].

Люди с высоким уровнем самокритики, выросшие в условиях пренебрежения, реже ищут и реже находят источники смысла, потому что их внутренний критик блокирует саму мотивацию к исследованию и вовлечённости.

Лонгитюдные данные подтверждают, что самокритика не просто «портит настроение» - она воспроизводит травматический цикл. Исследование Malamut et al. (2021, Research on Child and Adolescent Psychopathology), охватившее 553 участника с третьего по восьмой класс, показало, что виктимизация в детстве ведёт к руминации - навязчивому «пережёвыванию» травматического опыта, - которая, в свою очередь, предсказывает совершение буллинга в восьмом классе [18]. Этот паттерн воспроизводится независимо от того, вызывала ли руминация гнев или грусть. Таким образом, самокритика и руминация являются механизмами, через которые эмоциональное пренебрежение транслируется в дальнейшее воспроизведение травмы. Именно поэтому РС добавляет к состраданию акт обязательства: недостаточно развить чувство, необходимо разорвать цикл воспроизведения через конкретное поведенческое решение.

2.4. Модель структурной диссоциации личности (ЭП)

Модель (van der Hart et al., 2006) описывает, как травма приводит к разделению личности на «кажущуюся нормальной» и «эмоциональную» части. В РС работа направлена на постепенную интеграцию этих частей через установление безопасного контакта между ними.

2.5. Классический репарентинг и его ограничения (КМ/ЭП)

Подход Джеки Шифф (Jacqui Schiff) и школы «Катексис» (Cathexis Institute) содержал идею глубокой структурной перестройки личности через корректирующий опыт. Однако классический репарентинг сопряжён с серьёзными этическими рисками (зависимость, размывание границ). РС принимает саму идею трансформации, но отказывается от тотальной регрессии, делая ставку на автономию клиента.

Само-репарентинг Мюриэль Джеймс (1974). В отличие от классического репарентинга Шифф, предполагавшего тотальную регрессию и зависимость от

терапевта, Джеймс предложила модель само-репарентинга, в которой взрослый человек самостоятельно выполняет работу по реконструкции Родительской эго-структуры [19] (ЭП/КМ). Алгоритм включает десять шагов, начиная с признания отсутствия «нутритивного родителя» и заканчивая заключением контрактов с самим собой. РС наследует эту линию, но вносит три ключевых отличия: акцент на микро-контракте с правом на ошибку, а не на общем контракте; различие трёх уровней применения (акт / процесс / терапия); транстеоретическую встраиваемость, позволяющую использовать конструкт за пределами ТА.

Ограниченный по времени репарентинг (Wilson). Уилсон разработал ограниченный по времени репарентинг для пациентов с шизофренией, предполагающий пять двухчасовых сессий вместо многолетнего проживания у терапевта [20] (ЭП). Его ключевой вклад - демонстрация того, что структурированный, ограниченный по времени формат может обеспечивать репаративный опыт без тотальной регрессии. РС наследует эту логику, но заменяет воспитательные (nurturing) сессии поведенческими микро-контрактами и добавляет транстеоретическую встраиваемость.

«Точечный» репарентинг (Osnes, 1974). Оснес предложил «точечный» репарентинг для работы с конкретными травматическими эпизодами, включающий четыре шага: заключение контракта, приглашение к регрессии, прерывание на ключевом месте и вопрос «Что тебе нужно сейчас?» [21] (КМ). РС наследует эту логику, но вносит три отличия: отсутствие индуцированной регрессии - работа ведётся в пределах «окна толерантности»; микро-контракт с правом на ошибку как точка перехода; транстеоретическая встраиваемость.

SELF-Parenting Джона Полларда (1988). Поллард создал первую систематическую модель внутреннего диалога между «Внутренним Родителем» и «Внутренним Ребёнком», описав их как два «независимых внутренних самости», каждая из которых обладает собственными желаниями, страхами и стратегиями [22] (КМ). Его ключевой вклад - положение об асимметричной ответственности: именно Внутренний Родитель обязан

инициировать изменения, поскольку обладает большей рефлексивной способностью. РС наследует эту асимметрию, но вносит три отличия: акт микро-контракта как точку перехода от понимания к действию; право на ошибку как структурный элемент обязательства; транстеоретическую рамку. «Inner Bonding» Маргарет Пол (1992). Пол разработала шестишаговый процесс соединения «взрослых мыслей» с чувствами «внутреннего ребёнка» [23] (КМ). Её ключевой вклад - описание того, как отвержение внутреннего ребёнка ведёт к созависимости, стыду и бессилию. РС наследует эту логику, но вносит три отличия: акцент на акте (микро-контракт) как точке перехода; право на ошибку как структурный элемент; транстеоретическая встраиваемость.

«Círculo Emotivo» Роберто Кертеса. Кертес разработал модель саморепарентинга, основанную на концепции «Círculo Emotivo» - паттерне взаимодействия между Питающим Родителем (Padre Nutritivo) и Естественным Ребёнком (Niño Natural) [24] (КМ). Его ключевой вклад - описание четырёх транзакционных возможностей этой схемы (circuit) и идентификация признаков недостаточности (самокритика, трудности с близостью, пренебрежение здоровьем). РС наследует эту логику, но вносит три отличия: отказ от компьютерной метафоры «перепрограммирования» в пользу диалектической модели; микро-контракт с правом на ошибку вместо «записи защитных сообщений»; транстеоретическая встраиваемость.

Метод Дел Казейла. Дел Казейл предложил форму репарентинга, в которой реальные родители клиента участвуют в терапии, исходя из предположения, что некоторые части родительского эго-состояния остаются здоровыми, а дефектное воспитание - результат слабой коммуникации [25] (КМ). РС учитывает эту перспективу в культурном разделе, но фокусируется на интрапсихической работе с интроектами, а не на вовлечении реальных родителей.

Психоаналитическая критика регрессионных идеологий (Petzold & Orth). Пицольд и Орт указывают, что концепции репарентинга и «внутреннего

ребёнка» основаны на «недифференцированном родительском парадигме», которая односторонне приписывает причины патологии влиянию родительских стилей, игнорируя Zeitgeist, медиа, подростковый и юношеский возраст [26] (ФК). Они призывают переосмыслить эти концепции и уделять внимание «проспективным» измерениям - работе с будущим, а не только с прошлым. РС интегрирует эту критику через отказ от индуцированной регрессии; фокус на экзистенциальном авторстве (проспективное измерение); транстеоретическую встраиваемость, позволяющую избежать односторонней приверженности «родительской парадигме». Эта критика приобретает дополнительную весомость в контексте данных о том, что эмоциональное пренебрежение имеет уникальный профиль связи с наиболее тяжёлыми психиатрическими диагнозами. Систематический обзор Carr et al. (2013), охвативший 44 исследования, разложил типы детской травмы по их связи с психиатрическими диагнозами у взрослых. Эмоциональное насилие (в которое авторы включают и эмоциональное пренебрежение в широком смысле) имеет уникальный профиль связи с наиболее тяжёлыми психиатрическими диагнозами - расстройствами личности и шизофренией. Физическое и сексуальное насилие, а также неутончённое пренебрежение связаны преимущественно с аффективными и тревожными расстройствами [27].

Более поздние данные подтверждают это различие. Предварительное исследование на выборке пациентов с расстройствами личности ($N = 63$) показало, что эмоциональное насилие ($r = 0.387$, $p = 0.002$) и эмоциональное пренебрежение ($r = 0.260$, $p = 0.039$) были единственными типами травмы, значимо связанными с тяжестью нарушений организации личности по шкале IPO Identity Diffusion. Физическое насилие, физическое пренебрежение и сексуальное насилие не показали значимых ассоциаций [28]. Это означает: эмоциональное пренебрежение - не «мягкая» форма травмы, а фактор, связанный с наиболее тяжёлыми исходами. Именно поэтому РС отказывается от тотальной регрессии и индуцированного катарсиса: работа с материалом,

связанным с наиболее тяжёлыми исходами, требует не погружения, а структурированного и безопасного перехода к действию.

2.6. Транзактный анализ как концептуальная опора (ЭП)

Транзактный анализ, разработанный Эриком Берном (Berne, 1964/2016), предоставляет структурную модель эго-состояний, которая используется в конструкте РС в качестве концептуальной опоры. Рассмотрим это соответствие более детально.

Теоретическое основание. Берн выделил три эго-состояния: Родитель (интроецированные послания и модели поведения значимых взрослых), Взрослый (интегрированная, ориентированная на реальность позиция) и Ребёнок (архаические переживания, импульсы и адаптивные паттерны). Ключевое для РС положение транзактного анализа состоит в том, что эго-состояния не являются метафорами, а описывают реальные паттерны функционирования, доступные наблюдению и изменению.

Соответствие конструкту РС. В РС: Внутренний Ребёнок соответствует эго-состоянию Ребёнка, но с важным уточнением: он включает не только травматические следы и адаптивные паттерны, но и проявления жизненности, спонтанности и любопытства, которые Берн также относил к Ребёнку. Внутренний Родитель соответствует позиции, которую Взрослый временно принимает по отношению к Ребёнку. Принципиальное отличие от классического транзактного анализа: в РС это не интроецированный Родитель (который часто является источником самокритики), а сознательно сформированная Взрослым функция заботы. Анти-Родитель соответствует критическому, интроецированному Родителю (или «Контролирующему Родителю» в терминах Берна), который воспроизводит деструктивные родительские послания.

Ключевое отличие от классического транзактного анализа. Классический транзактный анализ фокусируется на анализе транзакций (взаимодействий между эго-состояниями) и их корректировке через понимание. РС добавляет к этому поведенческий микро-контракт - конкретное обязательство,

заключаемое Взрослым по отношению к Ребёнку на короткий срок (например, 24 часа) с правом на ошибку. Это переводит работу из когнитивного понимания в поведенческое обязательство, что отличает РС от чисто аналитической ориентации классического ТА.

Дополнительное уточнение: временность роли. В РС Внутренний Родитель не является устойчивой структурой или новой идентичностью. Это временная позиция, создаваемая на период дефицита. После насыщения потребности Ребёнка в безопасности и заботе необходимость в этой позиции отпадает. Это отличает РС от схема-терапии, где Здоровый Взрослый рассматривается как устойчивое образование, и от подходов, где «внутренний родитель» становится постоянной частью самости.

Клинические импликации. Встраивание РС в транзактный анализ позволяет специалисту использовать структурную модель Берна, не отказываясь от неё, но добавляя поведенческое измерение через микро-контракты. Терапевт может работать с транзакциями (анализ взаимодействий Ребёнка и Анти-Родителя), а затем, на этапе готовности, вводить акт принятия обязательства как точку перехода. Ограничения: конструкт не работает при психотическом спектре, где нарушена способность к устойчивому Взрослому функционированию, и требует предварительной стабилизации при тяжёлой диссоциации.

Концептуальная модель Vos & van Rijn (2021). Данная модель, выведенная на основе опроса 238 практикующих транзактных аналитиков, помещает в центр модель эго-состояний и концепцию «Я - ОК, Ты - ОК». Патология концептуализируется как нарушение функционирования внутри этой модели под влиянием ранних детских посланий, сценарных решений и травматических событий [29] (ЭП). РС интегрирует эту модель, добавляя к ней поведенческий микро-контракт как механизм перевода структурных изменений в действие.

Различение деконтаминации и деконфьюжен. Согласно Widdowson (2009), деконтаминация - процесс, вовлекающий эго-состояние Взрослого

(когнитивный по своей природе), тогда как деконфьюжен - процесс, вовлекающий эго-состояние Ребёнка (аффективный по своей природе) [30] (ЭП). Бенелли описывает деконтаминацию как помощь людям в понимании их эго-состояний и осознании внутреннего диалога, а деконфьюжен - как помощь в соединении с потребностями Свободного Ребёнка и переписывании сценария [31] (КМ). В РС оба процесса используются как предпосылки: деконтаминация соответствует модулю «Диагностика» (дифференциация внутренних голосов, формирование позиции Наблюдателя), деконфьюжен - модулям «Встреча» и «Траур» (установление контакта с уязвимым состоянием, работа с потребностями). Однако РС добавляет к этим процессам акт микро-контракта, который переводит структурные изменения в конкретное поведенческое решение.

Редесижн и микро-контракт. Редесижн-терапия (Goulding & Goulding, 1979) предполагает принятие нового сценарного решения на основе изменения эго-состояния Ребёнка [32] (ЭП). РС заимствует логику редесижн, но переносит акцент с изменения решения на принятие обязательства. Микро-контракт в РС - это не «новое решение» (redecision), а поведенческое обязательство с правом на ошибку, которое фиксирует момент перехода от понимания к действию.

Трёхуровневая модель контрактинга (Stummer, 2002). В ТА различаются treatment contract (соглашение о целях и направлении), behavioral contract (обязательство по изменению поведения) и process contract (текущее согласование в рамках сессии) [33] (ЭП). РС интегрирует эту модель: treatment contract соответствует общему соглашению о работе, behavioral contract - микро-контракту, process contract - процессуальной тактике терапевта.

Семь шагов автономии (ТА). Транзактный анализ описывает семь шагов к автономии, включая редесижн и внутреннюю защиту [34] (КМ). РС интегрирует эти шаги в модульную структуру, но добавляет поведенческий микро-контракт как механизм перехода от редесижн (решения) к действию.

Интегративная психотерапия Эрскина (Erskine, 1988, 1999). Эрскин разработал модель интегративной психотерапии, в которой «контакт»

является центральным элементом терапевтического процесса [35] (ЭП). Его подход объединяет ТА с гештальт-терапией, психодинамикой и теорией объектных отношений, демонстрируя, что элементы разных парадигм могут быть интегрированы без потери теоретической идентичности. РС наследует эту логику транстеоретической встраиваемости, но вносит три отличия: акцент на акте (микро-контракт) как точке перехода; право на ошибку как структурный элемент; феноменологический язык вместо «контакта» как технического термина.

2.7. Теория предиктивного кодирования как эвристическая мета-рамка (НБ)

Современная когнитивная нейронаука (Friston, 2010; Barrett, 2017) предлагает рассматривать психику как сеть предиктивных моделей. В рамках данной работы эти теории используются исключительно как эвристическая мета-теоретическая рамка, позволяющая описать терапевтические изменения как обновление моделей самооценности. Данная аналогия остаётся спекулятивной и не несёт прямых клинических импликаций. Психологические конструкты не сводятся к нейрофизиологическим процессам, и связь между ними является гипотетической [36; 37; 38].

2.8. Работа с самокритикой как изменяемой привычкой (ЭП)

Рэйчел Голдсмит Туроу (2022) рассматривает самокритику не как устойчивую черту, а как привычный паттерн мышления, который может быть изменён через систематическую практику [39] (ЭП). Её исследование показывает, что определённые техники (включая mindfulness и самосострадание) эффективны для снижения самокритики, особенно при депрессии с выраженным самокритичным компонентом. РС интегрирует эту логику через модуль «Диагностика» (осознание самокритичных паттернов) и модуль «Строительство» (формирование альтернативных поведенческих реакций через микро-контракты). Ключевое отличие: если Туроу фокусируется на изменении внутреннего диалога, то РС добавляет поведенческое обязательство как механизм перехода от осознания к действию.

Дозозависимый характер этой связи подтверждается клиническими данными на психиатрических выборках. Исследование Martins et al. (2014) на выборке психиатрических пациентов (Бразилия, $n = 81$) обнаружило прямую связь между тяжестью эмоционального пренебрежения и тяжестью симптоматики: 71,6% пациентов пережили тяжёлые формы неблагоприятного детского опыта; 45,7% сообщили об эмоциональном пренебрежении; 48,1% - о физическом пренебрежении; 55,5% - об эмоциональном насилии. Пациенты с историей эмоционального пренебрежения имели более высокие баллы тяжести по всем симптомам: депрессия, безнадёжность, суицидальные мысли, тревога, импульсивность [40]. Это не корреляция на здоровой выборке. Это данные на людях, которые уже находятся в психиатрической системе. Эмоциональное пренебрежение не просто «повышает риск» - оно утяжеляет уже существующее расстройство.

Метаанализ Stocchero et al. (2024, Child Abuse & Neglect), включивший 45 исследований, подтвердил, что детская травма связана с широким спектром психопатологических исходов у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ: тревога ($OR = 1.52$), депрессия ($OR = 1.57$), ПТСР ($OR = 1.67$), психологический дистресс ($OR = 1.49$), самоповреждение и суицидальные попытки ($OR = 1.70$) [41]. Это означает, что работа с самокритикой как привычкой должна быть не только превентивной, но и клинически ориентированной - и микро-контракт в РС адресован именно этому уровню тяжести.

2.9. Академические основы самосострадания (ЭП)

Селф-аттачмент (Edalat, 2017). Селф-аттачмент - протокол, в котором взрослое «Я» выстраивает внутреннюю аффективную связь с внутренним ребёнком, имитируя отношения «достаточно хорошего родителя» [42] (ЭП/КМ). Эмпирические исследования показывают улучшение позитивного аффекта с большими размерами эффекта и снижение депрессивных симптомов [43]. Ключевой механизм - «культивирование внутренней, сострадательной, "достаточно хорошей" взрослой части». РС наследует эту

логику, но вносит три отличия: микро-контракт с правом на ошибку вместо протокола селф-аттачмента; транстеоретическая встраиваемость; акцент на экзистенциальном авторстве, а не только на эмоциональной регуляции.

Модель само-привязанности Хо (Но, 2024). Хо предлагает практические упражнения для «формирования безопасной привязанности с самим собой» и «обнаружения неудовлетворённых потребностей внутреннего ребёнка» [44] (КМ/ЭП). Её ключевой вклад - интеграция нейropsихологической перспективы (роль самоговора, телесных реакций) в работу с привязанностью. РС наследует эту логику, но добавляет поведенческий микро-контракт как точку перехода от понимания потребностей к их удовлетворению.

3. Терминологическая система

3.1. Краткий словарь ключевых терминов

Для предотвращения многозначного понимания ключевых понятий приводится словарь терминов, которые могут нести различный смысл в зависимости от контекста.

Транстеоретический - характеристика конструкта или инструмента, который может быть использован в рамках различных теоретических парадигм без отказа от их базовых принципов. Транстеоретический конструкт не конкурирует с существующими моделями, а дополняет их, сохраняя теоретическую идентичность специалиста. В контексте РС транстеоретичность означает, что акт принятия права на заботу может быть встроен в КПТ, схема-терапию, CFT, IFS, АСТ и другие подходы.

Реификация - процесс превращения абстрактного понятия или метафоры в конкретную сущность, которой приписываются самостоятельное существование и причинная сила. В контексте РС реификация означает ошибочное восприятие «Внутреннего Ребёнка» или «Внутреннего Родителя» как реальных субличностей или нейронных структур, а не как феноменологических обозначений паттернов опыта. Реификация метафор является клиническим риском, требующим постоянного отслеживания.

Репаративное самоусыновление (РС) - транстеоретический конструкт, описывающий акт сознательного принятия взрослым человеком ответственности за заботу о собственных уязвимых состояниях.

Интернализация - процесс, посредством которого внешние отношения, правила или функции становятся внутренними регуляторами поведения и переживания. В контексте РС интернализация описывает переход от внешней опоры (терапевт как регулятор) через интериоризацию этой функции к способности клиента самостоятельно осуществлять заботу. Последовательная интернализация является обязательным предварительным этапом для клиентов с тяжёлой депривацией.

Деконструкция руминаций - терапевтический процесс, направленный на разотождествление с навязчивыми, повторяющимися мыслями (руминациями) и снижение их власти над поведением и эмоциональным состоянием. В контексте РС деконструкция руминаций достигается через развитие метакогнитивной осознанности (способности наблюдать мысли как события, а не как факты) и через поведенческие микро-контракты, которые переводят фокус с мыслей на действия.

Микро-контракт - поведенческое обязательство с правом на ошибку, заключаемое с собой на короткий срок (например, 24 часа). Ключевое отличие от перфекционистской клятвы: микро-контракт включает право на срыв и обязательство исследовать срыв без самокритики.

Внутренний Ребёнок - феноменологическое обозначение констелляции эмоционально-телесных и когнитивных процессов, переживаемых как уязвимость.

Внутренний Родитель - временная внутренняя позиция, выполняющая функции заботы, защиты, регуляции.

Анти-Родитель - интроецированные способы обращения с собой, имитирующие родительскую власть, но не обеспечивающие заботу.

Допустимый родитель - образ родителя, с которым человек мог бы комфортно жить, чьи ограничения он принимает.

Переход к авторству - феноменологический сдвиг от экстернального, дефицитарного модуса существования («позиция сироты») к интернальной субъектности («позиция автора»).

Акт самоусыновления - единичное экзистенциальное решение, «точка перехода». Характеризуется осознанностью, добровольностью, принятием обязательства (микро-контракт).

Процесс самоусыновления - серия актов, повторяющихся решений, формирующих устойчивую внутреннюю позицию. Характеризуется спиральностью, возвратами, углублением.

Эпизод временной дестабилизации неясного генеза - факультативный период, когда прежние способы самонаказания уже утратили свою эффективность, а новая внутренняя опора ещё не стала достаточно устойчивой. Клинически может проявляться как временное усиление аффективной дисрегуляции, колебания настроения, сомнения в эффективности терапии.

Само-репарентинг (self-reparenting) - техника, разработанная Мюриэль Джеймс (1974), в которой взрослый человек сознательно реконструирует свою Родительскую эго-структуру, используя здоровые ресурсы Взрослого состояния (КМ). РС наследует эту логику, но добавляет поведенческий микро-контракт как точку перехода и транстеоретическую рамку.

SELF-Parenting - система, разработанная Джоном Поллардом (1988), в которой взрослый человек сознательно развивает «Внутреннего Родителя» как функцию заботы о «Внутреннем Ребёнке» через структурированный ежедневный диалог (КМ). РС наследует эту логику, но заменяет ежедневную практику микро-контрактом с правом на ошибку и добавляет транстеоретическую встраиваемость.

Первичная боль - подавленное переживание неудовлетворённых потребностей детства, которое, согласно Янову (1970), лежит в основе невроза и требует полного проживания для исцеления (КМ). В РС первичная боль соответствует материалу, с которым работает модуль «Траур».

Регрессировавшее Эго - концепция Гантрипа (1968), описывающая отщеплённую часть личности, которая «застревает» в раннем возрасте и требует заботы (КМ). В РС соответствует Внутреннему Ребёнку.

«Базовая ошибка» - концепция Балинта (1968), описывающая дефицит, возникающий из-за расхождения между потребностями ребёнка и доступной заботой (ФК). В РС соответствует дефициту базовой безопасности, на репарацию которого направлен конструктор.

4. Иерархия теоретических оснований и её клинические импликации

Для профессиональной ясности полезно различать уровни обоснованности, на которые опирается конструктор.

Уровень 1 (ЭП): Теория привязанности, схема-терапия, травма-фокусированные подходы, теория ментализации, модель структурной диссоциации, терапия, сфокусированная на сострадании (CFT), теория реконсолидации памяти.

Уровень 2 (Клинические модели): Транзактный анализ, гештальт-терапия, психодрама, метакогнитивная терапия.

Уровень 3 (Эвристика): Архетипическая психология, психосинтез.

Уровень 4 (ФК): Экзистенциальные и философские основания (Франкл, Бубер).

Уровень 5 (ФК): Духовные и мистические образы (используются исключительно как нарративные опции для клиента).

Уровень 6 (НБ): Нейробиология интероцепции и предиктивного кодирования (рассматриваются как эвристические мета-рамки и корреляты, без претензии на каузальное объяснение).

Клинические импликации: Приоритет при клиническом решении отдаётся Уровню 1. Конструкторы Уровней 4 и 5 используются исключительно для усиления терапевтического альянса или мотивационной поддержки, но не для постановки диагноза или выбора базовой тактики. Нейробиологические корреляты (Уровень 6) используются для теоретического обоснования

механизмов изменения, но не для непосредственного клинического вмешательства.

5. Транстеоретическая встраиваемость конструкта

5.1. Общие принципы встраиваемости

Репаративное самоусыновление как транстеоретический конструкт может быть встроено в различные терапевтические парадигмы. Встраиваемость не означает эклектику или отказ от теоретических оснований подхода. Она означает, что акт принятия права на заботу через микро-контракт может быть использован как инструмент в рамках любой парадигмы, сохраняющей свои базовые принципы.

Ключевое условие встраиваемости: специалист сохраняет свою теоретическую идентичность. РС не заменяет существующий подход, а дополняет его. Терапевт использует конструкт в той мере, в какой он соответствует его клиническому мышлению и задачам работы с конкретным клиентом.

5.2. Встраивание в когнитивно-поведенческую терапию (КПТ)

Как встраивается. В рамках когнитивно-поведенческой терапии репаративное самоусыновление используется как инструмент работы со сверхсамокритикой - мишенью, которая в стандартном КПТ-протоколе часто остаётся резистентной к традиционной когнитивной реструктуризации. Классический КПТ-подход предполагает идентификацию и оспаривание дисфункциональных автоматических мыслей с последующей их заменой на более адаптивные альтернативы. Однако при работе с хронической самокритикой, укоренённой в раннем эмоциональном пренебрежении, данный метод нередко демонстрирует ограниченную эффективность: клиент способен интеллектуально признать иррациональность самокритичных убеждений, но эмоционально они сохраняют свою силу, поскольку не затрагивают дефицит базовой безопасности и потребность в заботе. В этом контексте РС предлагает качественно иной механизм: вместо замены содержания мыслей акцент переносится на акт принятия обязательства по отношению к собственному

уязвимому опыту. Клиенту предлагается не «переубедить» самокритика, а заключить с собой реалистичный микро-контракт (формулировка представлена в разделе 7.6). Данная формулировка принципиально отличается от перфекционистских когнитивных аффирмаций тем, что априори включает право на ошибку, снижая тем самым риск ятрогенного усиления самокритики при неизбежном срыве. Поведенческий компонент реализуется через систематическое отслеживание эпизодов самокритики с последующим анализом их триггеров - без обязательства немедленного изменения мыслей, что позволяет клиенту накопить опыт безопасного исследования собственного внутреннего опыта.

Акцент. Терапевтический акцент смещается с когнитивного содержания (замена негативных мыслей на позитивные) на процессуальный и поведенческий аспекты: (1) развитие метакогнитивной позиции наблюдателя по отношению к самокритичным мыслям; (2) формирование поведенческого обязательства заботы, реализуемого в конкретных действиях; (3) легитимизация права на несовершенство как условия, а не как результата терапевтической работы. Таким образом, РС дополняет КПТ-инструментарий, не конкурируя с ним: когнитивная реструктуризация может применяться параллельно для работы с другими мишенями, тогда как РС адресует именно тот уровень нарушенного самоотношения, который остаётся за пределами чисто когнитивных интервенций.

Ограничения. Встраивание РС в КПТ требует соблюдения ряда клинических предосторожностей. Во-первых, конструкт не применяется при тяжёлой диссоциации ($DES > 30$), поскольку работа с внутренним опытом в условиях выраженной диссоциативной фрагментации может усилить дезорганизацию и ретравматизацию. Во-вторых, необходимо предварительное прохождение этапа стабилизации: клиент должен демонстрировать устойчивую способность к метакогнитивному наблюдению (описание состояний в третьем лице без потери контакта с реальностью) и стабильность окна толерантности в течение 4–6 сессий. В-третьих, при наличии коморбидных аффективных

расстройств (тяжёлая депрессия, биполярный спектр) РС используется только после консультации с психиатром и с учётом фармакологического контекста. В-четвёртых, терапевту следует активно отслеживать риск «токсичной гиперкомпенсации» - превращения микро-контрактов в новый источник долженствования и самокритики, что требует регулярного возвращения к этапу легитимизации. Соблюдение данных ограничений позволяет интегрировать РС в КПТ-практику без ущерба для её методологической строгости и безопасности клиента.

5.3. Встраивание в схема-терапию

Как встраивается. В рамках схема-терапии (Young et al., 2003) конструкт РС интегрируется как завершающий этап формирования Здорового Взрослого - после того, как проведена работа с режимами, осуществлён ограниченный репарентинг и достигнута достаточная дифференциация между Уязвимым Ребёнком, дисфункциональными копинговыми режимами и критическими родительскими интроектами. Терапевт использует РС как инструмент перехода от внешней поддержки (терапевт как «ограниченный родитель») к внутренней позиции клиента, принимающего ответственность за Уязвимого Ребёнка через заключение поведенческого микро-контракта. Специалист сохраняет свою теоретическую идентичность: он продолжает работать с режимами, но на данном этапе добавляет акт обязательства как точку перехода.

Акцент. Ключевой акцент делается на принятии ответственности за Уязвимого Ребёнка через реалистичный микро-контракт с правом на ошибку. В отличие от стандартного формирования Здорового Взрослого, где акцент делается на развитие способности к заботе и установлению границ, РС добавляет экзистенциальное измерение: клиент не просто «учится заботиться», а сознательно принимает обязательство быть на стороне Уязвимого Ребёнка, включая право на срыв и обязательство исследовать срыв без самокритики.

Ограничения. Конструкт требует длительной предварительной подготовки: стабилизации, работы с режимами, ограниченного репарентинга и достижения достаточного уровня рефлексивного функционирования. Он не используется на ранних этапах терапии, при высокой диссоциации ($DES > 30$), при отсутствии устойчивого Здорового Взрослого и в ситуациях острого кризиса, требующих первоочередной стабилизации.

5.4. Встраивание в транзактный анализ

Как встраивается. В рамках транзактного анализа (Berne, 1964/2016) конструкт РС операционализируется как сознательный акт, в котором эго-состояние Взрослого временно принимает на себя регуляторную и защитную функцию по отношению к эго-состоянию Ребёнка, восполняя таким образом дефицит родительской заботы, сформировавшийся в раннем опыте. Терапевтически это означает, что после этапа диагностики эго-состояний и анализа транзакций (включая выявление деструктивных посланий Контролирующего Родителя, соответствующих конструкту Анти-Родителя) клиент переходит к заключению поведенческого микро-контракта, в котором Взрослый обязуется действовать в интересах Ребёнка в течение ограниченного периода (например, 24 часов) с правом на ошибку. Ключевое отличие от классического транзактного анализа состоит в том, что работа не ограничивается когнитивным пониманием транзакций и их корректировкой через анализ: РС добавляет поведенческое измерение, переводя понимание в конкретное обязательство, что соответствует современным представлениям об эффективности поведенческой активации в сочетании с инсайтом [45].

Акцент. Принципиальным является различие функции и идентификации. Внутренний Родитель в РС - не новая устойчивая структура личности, не интроецированный родительский образ и не «становление родителем навсегда», а временная функциональная позиция, создаваемая Взрослым на период компенсации дефицита. После насыщения потребности Ребёнка в безопасности, признании и заботе необходимость в этой позиции отпадает, и Взрослый возвращается к интегрированному функционированию. Такое

позиционирование позволяет избежать двух клинических рисков: (1) формирования нового Анти-Родителя, когда «внутренний родитель» превращается в очередного критика, требующего «идеальной заботы»; (2) закрепления инфантильной позиции, при которой клиент навсегда остаётся в роли «ребёнка, нуждающегося в родителе». В терминах транзактного анализа это означает, что цель РС - не укрепление Родителя как эго-состояния, а расширение репертуара Взрослого, который приобретает способность сознательно и гибко использовать родительскую функцию по мере необходимости, не отождествляясь с ней.

Ограничения. Встраивание РС в транзактный анализ требует соблюдения ряда клинических условий. Во-первых, конструкт не применяется при психотическом спектре, поскольку устойчивое функционирование Взрослого эго-состояния в этих случаях нарушено, а работа с эго-состояниями может усилить дезорганизацию. Во-вторых, необходимо наличие относительно стабильного Взрослого эго-состояния, способного к рефлексивному наблюдению и принятию обязательств; при выраженной диссоциации ($DES > 30$) диалоговые техники с эго-состояниями строго ограничиваются. В-третьих, требуется предварительная работа с Контролирующим Родителем (Анти-Родителем): без легитимизации права на заботу и без снижения интенсивности самокритичных посланий микро-контракт рискует превратиться в новый источник стыда. Наконец, для клиентов с тяжёлой депривацией обязательным предварительным этапом является последовательная интернализация (фаза внешней опоры → фаза интериоризации → фаза самоусыновления), поскольку акт принятия Взрослым ответственности за Ребёнка не может произойти из вакуума при отсутствии опыта безопасной привязанности.

5.5. Встраивание в терапию, сфокусированную на сострадании (CFT)

Как встраивается. Встраивание конструкта РС в терапию, сфокусированную на сострадании (Compassion-Focused Therapy; Gilbert, 2010), осуществляется на уровне перехода от аффективного компонента сострадания к его поведенческому воплощению. CFT, опирающаяся на эволюционную модель

трёх систем регуляции аффекта (система угрозы, система драйва и система успокоения), развивает у клиента способность активировать систему заботы и самоуспокоения, снижая доминирование системы угрозы и связанных с ней паттернов самокритики. Однако, как показывает клиническая практика, развитие чувства сострадания к себе не всегда автоматически приводит к устойчивым поведенческим изменениям: клиент может переживать тепло и мягкость по отношению к себе, но при этом сохранять пассивную позицию, не интегрируя это переживание в конкретные действия повседневной жизни. Именно в этой точке возникает риск «интеллектуализации сострадания» или «эмоционального переживания без последствий», при котором терапевтический эффект остаётся ограниченным рамками сессии.

Конструкт РС заполняет этот разрыв, предлагая механизм перевода сострадательного аффекта в экзистенциальное обязательство. Если CFT развивает чувство («Я чувствую сострадание к себе»), то РС добавляет к нему акт («Я обязуюсь действовать из этого сострадания»). Конкретно это реализуется через заключение поведенческого микро-контракта (формулировка представлена в разделе 7.6). Таким образом, РС не заменяет сострадание, а обеспечивает его переход в действие, что соответствует ключевому принципу CFT о необходимости интеграции аффективных, когнитивных и поведенческих компонентов.

Акцент. Ключевой акцент встраивания РС в CFT состоит в переходе от чувства к действию и от сострадания к обязательству. В терминах эволюционной модели CFT это означает, что активация системы успокоения (soothing system) дополняется целенаправленной поведенческой активацией, опосредованной системой драйва (drive system), но не в форме достижения или избегания, а в форме заботы о себе как ценности. Микро-контракт становится инструментом, который переводит переживание сострадания в конкретные действия, подкрепляя тем самым новый паттерн самоотношения и снижая риск возврата к автоматическим реакциям самокритики.

С клинической точки зрения это означает, что терапевт, работающий в рамках CFT, может использовать РС на этапе, когда клиент уже демонстрирует способность активировать сострадательное «Я» и переживать тепло по отношению к себе. На этом этапе вводится вопрос: «Что я могу сделать в течение следующих 24 часов, что покажет, что я действую из сострадания к себе?». Ответ на этот вопрос формулируется в виде микро-контракта, который затем исследуется в последующих сессиях. Важно подчеркнуть, что РС не заменяет сострадательные практики CFT (такие как дыхательные упражнения, визуализации, работа с сострадательным письмом), а дополняет их поведенческим измерением.

Ограничения. Встраивание РС в CFT имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать для обеспечения безопасности и эффективности вмешательства. Во-первых, РС не может использоваться как единственная интервенция в рамках CFT: он предполагает предварительное развитие сострадательного аффекта, без которого микро-контракт превращается в формальное обязательство, лишённое эмоциональной опоры. Если клиент ещё не способен активировать систему успокоения и переживать сострадание к себе, введение микро-контракта может усилить самокритику («Я должен заботиться о себе, но не чувствую этого») и привести к ятрогенному ухудшению. Во-вторых, РС требует достаточного уровня рефлексивного функционирования: клиент должен быть способен наблюдать свои состояния и формулировать обязательства, не сливаясь с ними. При выраженной алекситимии или высоком уровне диссоциации ($DES > 20$) введение РС должно быть отложено до стабилизации. В-третьих, необходимо учитывать риск «токсичной гиперкомпенсации», когда микро-контракты становятся новым ритуалом самоконтроля, а сострадание подменяется перфекционистским долженствованием. В этом случае терапевт должен вернуться к этапу легитимизации и исследовать, не стал ли Внутренний Родитель новым Анти-Родителем. Наконец, РС не рекомендуется использовать при острых состояниях (суицидальный риск, тяжёлая депрессия,

активный психоз), где приоритет отдаётся кризисному вмешательству и стабилизации, а не поведенческим экспериментам.

5.6. Встраивание в Internal Family Systems (IFS)

Как встраивается. В рамках модели Internal Family Systems (Schwartz, 1995) репаративное самоусыновление интегрируется как заключительный этап перехода от дифференциации к ответственному действию. IFS концептуализирует психику как систему множественных частей (parts), организованных вокруг уязвимых «изгнанников» (Exiles), защитных «менеджеров» (Managers) и «пожарных» (Firefighters), при этом терапевтическая цель состоит в восстановлении ведущей роли Self - врождённой, сострадательной и любопытной метакогнитивной позиции, способной к гармонизации внутренней системы. После достижения устойчивой дифференциации (unblending), в результате которой Self перестаёт быть слитым с защитными частями и обретает способность к наблюдению и выбору, возникает клинически значимый вопрос: каким образом эта дифференциация переводится в устойчивое изменение отношений с изгнанниками? Именно на этом переходе - от дифференциации к действию - РС выполняет свою специфическую функцию. Конструкт РС не заменяет IFS и не конкурирует с ним, а дополняет его, предлагая структурированный механизм, посредством которого Self принимает на себя ответственность за заботу об Exiles через серию реалистичных поведенческих микро-контрактов. Механизм встраивания. Операционально встраивание РС в IFS осуществляется в четыре последовательных шага. Во-первых, после достижения устойчивого Self (критерии: способность сохранять позицию наблюдателя при активации изгнанников, отсутствие слияния с защитными частями в течение сессии, стабильность по шкале $DES \leq 20$) терапевт совместно с клиентом идентифицирует один или несколько Exiles, доступ к которым уже установлен и не вызывает немедленной дезорганизации. Во-вторых, Self формулирует микро-контракт - конкретное поведенческое обязательство с правом на ошибку, адресованное изгнаннику (например: «Я

намерен попробовать быть рядом с тобой в течение следующих 24 часов. Если я сорвусь и снова оттолкну тебя, я обязуюсь не наказывать себя за это, а исследовать, что именно вызвало отталкивание»). В-третьих, клиент выполняет микро-контракт в повседневной жизни, фиксируя в дневнике наблюдения как успешные эпизоды, так и срывы, при этом терапевтический акцент делается не на результате, а на способности исследовать срыв без самокритики. В-четвёртых, на следующей сессии Self анализирует полученный опыт совместно с терапевтом, и на основе этого анализа либо расширяет микро-контракт, либо формулирует новый, адресованный тому же или другому изгнаннику. Такая циклическая последовательность (дифференциация → микро-контракт → реализация → рефлексия → новый микро-контракт) позволяет перевести Self-leadership из состояния в устойчивый процесс, что отличает PC от стандартной практики IFS, где акцент делается преимущественно на качество контакта Self с частями, а не на поведенческое обязательство.

Акцент. Ключевой акцент встраивания PC в IFS состоит в переходе от Self-leadership как состояния к Self-leadership как обязательству. Если IFS развивает способность Self сохранять сострадательную позицию по отношению к Exiles, то PC добавляет к этому экзистенциальное измерение: Self не только чувствует сострадание, но и принимает на себя конкретную ответственность за заботу, реализуемую через поведенческие эксперименты. Это позволяет преодолеть характерный для IFS клинический риск, при котором дифференциация остаётся внутрисессионным достижением, не переносимым в повседневную жизнь. Микро-контракт выступает тем мостом, который соединяет терапевтическое пространство с реальностью, а право на ошибку - тем предохранителем, который предотвращает превращение обязательства в новый источник самокритики. Тем самым PC сохраняет теоретическую идентичность IFS (Self как ведущая инстанция, части как носители позитивного намерения, Exiles как нуждающиеся в заботе), но дополняет её

поведенческим измерением, которое в классической модели остаётся имплицитным.

Ограничения. Встраивание РС в IFS сопряжено с рядом клинических ограничений, требующих строгого соблюдения. Во-первых, конструкт требует устойчивого Self: при недостаточной дифференциации (высокая степень слияния с защитными частями, нестабильность Self в течение сессии, DES > 20) введение микро-контрактов преждевременно и может привести к усилению самокритики, поскольку Self ещё не обладает достаточной сострадательной позицией для выполнения обязательства без наказания. Во-вторых, конструкт не применяется при высокой диссоциации (DES > 30), поскольку работа с персонифицированными частями и заключение обязательств требуют способности к двойному вниманию (одновременному удержанию контакта с частью и ориентации в настоящем), которая при выраженной диссоциации нарушена. В-третьих, при наличии у клиента незавершённого модуля Траура (неспособность переносить грусть без немедленного перехода в самокритику или диссоциацию) введение микро-контрактов откладывается до завершения этого модуля, поскольку обязательство, принятое без признания невосполнимых потерь, рискует стать формой избегания горя. В-четвёртых, при психотическом спектре или параноидном радикале использование языка «частей» и персонифицированных изгнанников может усилить магическое мышление или идеи воздействия, поэтому в этих случаях конструкт либо не применяется, либо используется с максимально описательным языком («состояния», «реакции»), без персонификации. Наконец, встраивание РС в IFS требует от терапевта специальной подготовки: недостаточно владеть IFS-протоколом, необходимо также уметь дифференцировать зрелое и защитное самоусыновление, распознавать маркеры токсичной гиперкомпенсации и работать с переносом, поскольку акт принятия Self-ответственности может активировать мощные реакции идеализации, требующие супервизионного сопровождения. Соблюдение этих ограничений позволяет использовать РС

как безопасное и эффективное дополнение к IFS, не нарушая целостности и теоретической идентичности этого подхода.

5.7. Встраивание в Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Как встраивается. Терапия принятия и ответственности (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) концептуализирует психопатологию как следствие психологической ригидности - доминирования избегающего поведения и когнитивного слияния, препятствующих ценностно-конгруэнтному действию. Терапевтический процесс в ACT направлен на развитие психологической гибкости через шесть взаимосвязанных процессов: принятие, когнитивное разделение (defusion), контакт с настоящим моментом, самость как контекст, ценности и committed action (обязательное действие). Конструкт РС встраивается в ACT на уровне шестого процесса - committed action, - не заменяя и не дублируя его, а добавляя специфическое измерение, которое в рамках ACT остаётся менее операционализированным: экзистенциальное обязательство как акт авторства.

Если ACT развивает способность действовать в направлении ценностей, несмотря на нежелательные внутренние переживания, то РС добавляет к этому акт сознательного принятия обязательства, который имеет не только поведенческое, но и экзистенциальное измерение: клиент не просто совершает ценностно-конгруэнтное действие, но заключает с собой реалистичный микро-контракт, включающий право на ошибку и обязательство исследовать срыв без самокритики (формулировка представлена в разделе 7.6). Данная формулировка может рассматриваться как специфическая форма committed action, в которой ценность заботы о себе переводится в конкретное поведенческое обязательство с встроенным механизмом предотвращения перфекционистской самокритики.

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках ACT заключается в смещении фокуса с процесса (развитие гибкости, принятие, разделение) на акт (заключение обязательства, точка перехода). В терминах ACT это может быть описано как переход от «гибкости в действии» к «обязательству в действии»: если ACT

создаёт условия для ценностно-конгруэнтного поведения, то РС фиксирует момент, в котором клиент принимает на себя экзистенциальную ответственность за реализацию этого поведения. Данный акцент не противоречит теоретическим основаниям АСТ, а дополняет их, поскольку committed action в оригинальной модели также предполагает конкретные поведенческие шаги; РС уточняет, что эти шаги могут быть оформлены как микро-контракты с правом на ошибку, что снижает риск перфекционистского давления и ятрогенной самокритики.

Ограничения. Встраивание РС в АСТ требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает определённый уровень ясности ценностей: без предварительной работы с ценностями (например, через упражнения на их прояснение) микро-контракт может превратиться в формальное обязательство, не связанное с подлинными смыслами клиента. Во-вторых, РС требует наличия мотивации: при выраженном дефиците мотивации (например, в рамках тяжёлой депрессии, апатии или абулии) акт принятия обязательства может оказаться недоступным, и приоритет должен быть отдан стабилизации и фармакологической коррекции. В-третьих, конструкт не рекомендуется использовать при высоком уровне когнитивного слияния (cognitive fusion), когда клиент идентифицируется с самокритичными мыслями: в этом случае микро-контракт может быть воспринят как новый способ самонаказания. В таких случаях предварительная работа с defusion является обязательной. Наконец, при высокой диссоциации ($DES > 30$) техника микро-контракта должна быть адаптирована или отложена до стабилизации.

5.8. Встраивание в Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Как встраивается. Когнитивная терапия на основе осознанности (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2013) концептуализирует рецидив депрессии как результат активации дезадаптивных схем мышления, запускаемых руминативным режимом обработки («режим делания», doing mode), и направлена на развитие навыка переключения в «режим бытия» (being mode)

через практику осознанности. Ключевой терапевтический механизм МВСТ - деконструкция руминаций: клиент учится замечать автоматические мысли как события ума, а не как факты реальности, что снижает их власть над эмоциональным состоянием и поведением. Конструкт РС встраивается в МВСТ на уровне перехода от деконструкции руминаций к действию из осознанности, не заменяя и не дублируя механизмы МВСТ, а дополняя их специфическим измерением, которое в рамках МВСТ остаётся менее операционализированным: акт принятия права на заботу как экзистенциальное обязательство.

Если МВСТ развивает способность наблюдать мысли и чувства без слияния с ними, то РС добавляет к этому обязательство действовать из этой осознанности: клиент не просто замечает самокритичную мысль, но заключает с собой реалистичный микро-контракт, включающий право на ошибку и обязательство исследовать срыв без самокритики (формулировка представлена в разделе 7.6). Данная формулировка может рассматриваться как специфическая форма поведенческого обязательства, в которой осознанность переводится в конкретное действие, а право на ошибку предотвращает превращение практики в новый перфекционистский стандарт.

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках МВСТ заключается в смещении фокуса с наблюдения на обязательство. Если МВСТ создаёт условия для децентрированного восприятия внутреннего опыта (мысли как мысли, а не как реальность), то РС фиксирует момент, в котором клиент принимает на себя экзистенциальную ответственность за действие из этого опыта. В терминах МВСТ это может быть описано как переход от «осознанности к руминациям» к «осознанности к действию»: клиент не только замечает, что он находится в руминативном режиме, но и обязуется действовать иначе - через конкретный поведенческий шаг, оформленный как микро-контракт. Данный акцент не противоречит теоретическим основаниям МВСТ, а дополняет их, поскольку МВСТ также предполагает развитие навыков совладания с трудностями; РС уточняет, что эти навыки могут быть оформлены как обязательства с правом

на ошибку, что снижает риск перфекционистского давления и ятрогенной самокритики.

Ограничения. Встраивание РС в МВСТ требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает устойчивую практику осознанности: без предварительного развития навыка децентрированного наблюдения (например, через формальные и неформальные практики осознанности) микро-контракт может превратиться в формальное обязательство, не связанное с реальным опытом клиента. Во-вторых, РС требует способности к метакогнитивному наблюдению: при высоком уровне когнитивного слияния (cognitive fusion) или выраженной руминативной активности клиент может быть неспособен отличить осознанное решение от автоматического самокритичного импульса. В таких случаях предварительная работа с деконструкцией руминаций является обязательной. В-третьих, конструкт не рекомендуется использовать при высокой диссоциации ($DES > 30$), поскольку техники осознанности могут усилить диссоциативную фрагментацию. Наконец, при тяжёлой депрессии с апатией и аволией акт принятия обязательства может оказаться недоступным, и приоритет должен быть отдан стабилизации и фармакологической коррекции. В таких случаях РС может быть встроен только после восстановления аффективной доступности и мотивации.

5.9. Встраивание в экзистенциальную терапию

Как встраивается. Экзистенциальная терапия (Frankl, 1946/2015; Yalom, 1980; van Deurzen, 2012) концептуализирует психологическое страдание как следствие столкновения человека с фундаментальными данностями существования - смертью, свободой, изоляцией и бессмысленностью, - а также как результат утраты аутентичности и ответственности за собственную жизнь. Центральным терапевтическим механизмом выступает не устранение симптома, а переосмысление отношения человека к своему существованию через принятие авторства и реализацию смысла. Конструкт РС встраивается в экзистенциальную терапию на уровне акта авторства, конкретизируя

абстрактное понятие «быть автором своей жизни» через серию поведенческих микро-контрактов.

Если экзистенциальная терапия помогает клиенту обнаружить смысл и признать свою свободу, то РС добавляет к этому акт экзистенциального обязательства, переводящий смысл в конкретное действие. Формулировка «Я становлюсь автором своей жизни через серию микро-контрактов» отражает ключевое отличие: авторство понимается не как философская позиция или инсайт, а как повторяющийся поведенческий акт, доступный наблюдению и оценке. В терминах Франкла это может быть описано как переход от «воли к смыслу» (Wille zum Sinn) к «ответственности за реализацию смысла» (Verantwortlichkeit), при котором микро-контракт выступает конкретной формой ответа на требование ситуации (Frankl, 1946/2015).

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках экзистенциальной терапии заключается в смещении фокуса с смысла на действие из смысла. Если экзистенциальная терапия работает с вопросами «Что для меня важно?», «В чём смысл моей жизни?», «Как я отношусь к конечности?», то РС добавляет вопрос «Какое конкретное действие я обязуюсь совершить в ближайшие 24 часа, чтобы реализовать этот смысл?». Данный акцент не противоречит экзистенциальной традиции, а дополняет её, поскольку ответственность (responsibility) в экзистенциальном анализе понимается не как абстрактная категория, а как способность отвечать на вызовы ситуации (response-ability). Микро-контракт с правом на ошибку является операционализацией этой способности: клиент не просто признаёт свою свободу, но реализует её через конкретное обязательство, включающее легитимизацию несовершенства.

Особое значение имеет сдвиг от позиции «сироты» к позиции «автора». В терминах экзистенциальной терапии позиция «сироты» описывает феноменологическое состояние, при котором человек воспринимает себя как продукт обстоятельств, лишённый выбора и ответственности. Переход к позиции «автора» предполагает признание того, что прошлое влияет на человека, но не полностью определяет его решения. Этот переход не является

единичным актом; он требует повторяющегося подтверждения через действие, что и обеспечивается серией микро-контрактов.

Ограничения. Встраивание РС в экзистенциальную терапию требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает определённый уровень рефлексивной зрелости: клиент должен быть способен к самонаблюдению, различению своих состояний и пониманию их происхождения. При выраженном дефиците рефлексивного функционирования (например, при пограничной организации личности или тяжёлой алекситимии) техника микро-контракта может оказаться недоступной без предварительной работы над ментализацией. Во-вторых, РС не используется при остром кризисе (утрата, развод, потеря работы, суицидальный риск): в этих состояниях приоритет отдаётся кризисной поддержке и стабилизации, а не работе с экзистенциальными вопросами. В-третьих, при высоком уровне экзистенциальной тревоги, связанной с конечностью или свободой, акт принятия обязательства может усилить тревогу, если не сопровождается предварительной легитимизацией и проработкой экзистенциальных данностей. В таких случаях необходимо сначала создать безопасное пространство для исследования тревоги, а затем переходить к микро-контракту. Наконец, конструкт не рекомендуется использовать при отсутствии ясности смысла: если клиент не определил для себя, что для него важно, микро-контракт может превратиться в формальное действие, не связанное с подлинными ценностями. В этом случае предварительная работа со смыслами (например, через логотерапевтические техники) является обязательной.

5.10. Встраивание в телесно-ориентированную терапию

Как встраивается. Телесно-ориентированная терапия (ТОТ) концептуализирует психопатологию как следствие нарушенной связи между телесными ощущениями, эмоциональными состояниями и когнитивными интерпретациями, а также как результат блокирования естественных регуляторных процессов (Levine, 1997; Ogden et al., 2006). Центральным

механизмом терапевтического изменения в ТОТ является восстановление способности клиента распознавать, выдерживать и интегрировать телесные ощущения в пределах «окна толерантности» (Siegel, 1999), что позволяет снизить уровень аффективной дисрегуляции и восстановить ощущение телесной безопасности. Конструкт РС встраивается в ТОТ на уровне перехода от распознавания телесных маркеров к обязательству действовать из этого знания, не заменяя и не дублируя телесные практики, а добавляя специфическое измерение, которое в рамках ТОТ остаётся менее операционализированным: перевод телесного знания в поведенческое обязательство.

Если ТОТ развивает способность клиента замечать телесные сигналы (напряжение, сжатие, тяжесть, тепло) и связывать их с эмоциональными состояниями, то РС добавляет к этому акт сознательного принятия обязательства, в котором телесное знание становится основанием для конкретного поведенческого шага. Формулировка «Я чувствую напряжение в плечах. Я обязуюсь отреагировать на него через микро-контракт: в течение следующих 30 минут я сделаю паузу, оценю своё состояние и выберу действие, которое покажет, что я себя не бросаю» может рассматриваться как специфическая форма интеграции телесного знания в поведенческое обязательство. Данная формулировка не противоречит принципам ТОТ, а дополняет их, поскольку телесная терапия также предполагает активное отношение к телесным сигналам; РС уточняет, что это отношение может быть оформлено как реалистичный микро-контракт с правом на ошибку, что снижает риск перфекционистского давления и ятрогенной самокритики.

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках ТОТ заключается в смещении фокуса с процесса (распознавание, выдерживание, интеграция телесных ощущений) на акт (заключение обязательства, точка перехода от ощущения к действию). В терминах ТОТ это может быть описано как переход от «заземления через телесные практики» к «обязательству, основанному на телесном знании»: если ТОТ создаёт условия для безопасного контакта с телесными ощущениями, то

РС фиксирует момент, в котором клиент принимает на себя экзистенциальную ответственность за реализацию этого контакта в поведении. Данный акцент не противоречит теоретическим основаниям ТОТ, а дополняет их, поскольку телесная терапия также предполагает интеграцию телесного опыта в повседневную жизнь; РС уточняет, что эта интеграция может быть оформлена как серия микро-контрактов, каждый из которых включает право на срыв и обязательство исследовать срыв без самокритики.

Ограничения. Встраивание РС в ТОТ требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает предварительную оценку готовности клиента к работе с телесными ощущениями: при высоком уровне диссоциации ($DES > 30$) или выраженной алекситимии телесные практики могут усилить дезорганизацию, и приоритет должен быть отдан стабилизации и развитию навыков распознавания эмоций. Во-вторых, РС требует осторожности при травме: у клиентов с ПТСР или комплексным ПТСР телесные ощущения могут быть связаны с травматическим материалом, и микро-контракт не должен использоваться как форма экспозиции без предварительной стабилизации и работы в пределах «окна толерантности». В-третьих, конструкт не используется при остром ПТСР или в состоянии острого кризиса, когда способность к рефлексивному функционированию и принятию обязательств снижена. В-четвёртых, при хронической боли или соматических заболеваниях телесные маркеры могут быть искажены, и микро-контракт должен быть адаптирован с учётом соматического статуса клиента и в координации с лечащим врачом. Наконец, при склонности к компульсивному контролю телесных ощущений (например, при ОКР или расстройствах пищевого поведения) техника микро-контракта должна быть модифицирована, чтобы не превратиться в новый ритуал; в таких случаях рекомендуется интеграция с протоколом ERP-терапии.

5.11. Встраивание в психодраму

Как встраивается. Психодрама, разработанная Якобом Морено (Moreno, 1946), концептуализирует терапевтический процесс как спонтанное драматическое

действие, в котором клиент (протагонист) воссоздаёт значимые сцены из прошлого, настоящего или воображаемого будущего, исследует их и экспериментирует с новыми ролями. Ключевые механизмы изменения в психодраме - спонтанность, креативность, ролевое обучение и катарсис - реализуются через действие, а не через вербальную рефлексию. Конструкт РС встраивается в психодраму как специфическая форма ролевого обучения, в которой центральным элементом становится не просто проживание роли Внутреннего Родителя, но и последующее заключение поведенческого микро-контракта, переводящего драматическое действие в экзистенциальное обязательство.

Психодраматическая сцена в контексте РС может быть организована следующим образом. Протагонист, совместно с терапевтом (директором) и группой (вспомогательными «я»), создаёт сцену, в которой Внутренний Ребёнок (представленный самим протагонистом или вспомогательным «я») сталкивается с ситуацией дефицита заботы. Протагонист последовательно занимает позицию Внутреннего Ребёнка (проживая уязвимость, страх, гнев, потребность), затем - позицию Анти-Родителя (проживая интроецированные послания самокритики), и наконец - позицию Внутреннего Родителя (проживая способность к заботе, защите и регуляции). Ключевой момент: после завершения сцены, когда роль Внутреннего Родителя прожита и телесно закреплена, протагонист возвращается в позицию Взрослого и заключает с собой реалистичный микро-контракт - конкретное поведенческое обязательство на короткий срок (например, 24 часа), включающее право на ошибку и обязательство исследовать срыв без самокритики. Таким образом, психодраматическое действие становится не только эмоциональным проживанием, но и точкой перехода к поведенческому обязательству, что отличает встраивание РС от классической психодрамы, где акцент делается на катарсисе и спонтанности.

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках психодрамы заключается в смещении акцента с спонтанности (которая является центральным механизмом

изменения в классической психодраме) на обязательство, фиксирующее результат драматического проживания в конкретном поведенческом акте. Если психодрама создаёт условия для проживания новой роли и расширения ролевого репертуара, то РС добавляет к этому измерение экзистенциального авторства: клиент не только «пробует» новую роль в безопасном пространстве группы, но и принимает на себя обязательство реализовать её в повседневной жизни через микро-контракт. В терминах психодрамы это может быть описано как переход от «спонтанности в действии» к «обязательству в действии» - от ролевого экспериментирования к ролевому закреплению через поведенческое обязательство. Данный акцент не противоречит теоретическим основаниям психодрамы, а дополняет их, поскольку ролевое обучение в оригинальной модели также предполагает перенос нового ролевого репертуара в реальную жизнь; РС уточняет, что этот перенос может быть оформлен как микро-контракт с правом на ошибку, что снижает риск перфекционистского давления и ятрогенной самокритики.

Ограничения. Встраивание РС в психодраму требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает наличие безопасной группы: психодраматическое действие с воссозданием травматических сцен требует высокого уровня доверия и квалификации директора, способного обеспечить безопасность протагониста и группы. Во-вторых, конструкт не используется при высокой диссоциации ($DES > 30$): воссоздание травматических сцен и ролевое переключение могут усилить диссоциативную фрагментацию, поэтому в таких случаях приоритет отдаётся стабилизации и описательному языку. В-третьих, при пограничной организации личности психодраматическое действие может активировать идеализированный перенос на директора или группу, что требует дополнительной работы с переносом и соблюдения чётких границ. В-четвёртых, при высоком уровне самокритики протагонист может использовать роль Анти-Родителя для усиления самонаказания; в таких случаях терапевт должен активно работать с дифференциацией ролей и обеспечивать безопасное завершение сцены.

Наконец, конструкт не рекомендуется использовать при отсутствии предварительной работы с ценностями и мотивацией: без ясности ценностей микро-контракт может превратиться в формальное обязательство, не связанное с подлинными смыслами клиента.

5.12. Встраивание в гештальт-терапию

Как встраивается. Гештальт-терапия (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951; Yontef, 1993) концептуализирует психопатологию как нарушение процесса контакта на границе «организм - среда», приводящее к формированию незавершённых ситуаций (unfinished business) - неотреагированных эмоций, неудовлетворённых потребностей и прерванных циклов опыта, которые продолжают влиять на актуальное функционирование. Центральным терапевтическим механизмом является восстановление цикла контакта через осознание (awareness), проживание (experiencing) и ассимиляцию опыта. Конструкт РС встраивается в гештальт-терапию на этапе завершения цикла контакта, когда осознание уже достигнуто, эмоциональное проживание состоялось, но поведенческое завершение - конкретное действие, интегрирующее опыт в повседневную жизнь, - остаётся незавершённым. Если гештальт-терапия развивает способность замечать и проживать незавершённые ситуации, то РС добавляет к этому акт экзистенциального обязательства: «Я вижу незавершённую ситуацию. Я обязуюсь действовать, чтобы её завершить».

Данное встраивание не противоречит теоретическим основаниям гештальт-терапии, поскольку в оригинальной модели завершение гештальта предполагает не только осознание, но и действие (action), направленное на удовлетворение потребности и восстановление гомеостаза. Однако в клинической практике акцент нередко смещается в сторону процессуальной работы (осознание, экспериментирование, диалог), тогда как поведенческое завершение остаётся менее операционализированным. РС заполняет этот пробел, предлагая конкретный механизм перехода от осознания к действию через реалистичный микро-контракт с правом на ошибку. Например, клиент,

осознавший незавершённую ситуацию, связанную с непрожитым горем или невыраженной обидой, может заключить микро-контракт: «Я намерен в течение следующих 24 часов совершить одно конкретное действие, направленное на завершение этой ситуации (написать письмо, поговорить с человеком, создать ритуал прощания), и если я не сделаю этого, я обязуюсь не наказывать себя, а исследовать, что именно меня остановило».

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках гештальт-терапии заключается в смещении фокуса с осознания (awareness) на обязательство (commitment) и с проживания (experiencing) на завершение через действие (completion through action). В терминах гештальт-терапии это может быть описано как переход от стадии «мобилизации энергии» к стадии «действия» в цикле контакта (по Зинкеру). Если гештальт-терапия создаёт условия для того, чтобы клиент увидел и почувствовал незавершённую ситуацию, то РС фиксирует момент, в котором клиент принимает на себя ответственность за её поведенческое завершение. Данный акцент не противоречит гештальт-подходу, а дополняет его, поскольку завершение гештальта в оригинальной модели также предполагает действие; РС уточняет, что это действие может быть оформлено как микро-контракт, включающий право на ошибку и обязательство исследовать срыв без самокритики.

Ограничения. Встраивание РС в гештальт-терапию требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает устойчивый контакт с настоящим: без способности клиента оставаться в актуальном моменте и различать прошлое и настоящее микро-контракт может превратиться в попытку контролировать будущее или компенсировать прошлое, что противоречит гештальт-принципу «здесь и сейчас». Во-вторых, РС требует завершённости стадии осознания: если клиент ещё не увидел и не прожил незавершённую ситуацию, преждевременное введение микро-контракта может привести к интеллектуализации или избеганию. В-третьих, конструкт не рекомендуется использовать при высоком уровне избегания (например, при избегающем расстройстве личности), когда микро-контракт может стать

способом рационализации изоляции или отказа от более глубокой работы. В таких случаях акцент должен быть смещён на процессуальную работу и исследование сопротивления. Наконец, при высокой диссоциации ($DES > 30$) или остром ПТСР техника микро-контракта должна быть отложена до стабилизации, поскольку преждевременное действие может привести к ретравматизации.

5.13. Встраивание в метакогнитивную терапию

Как встраивается. Метакогнитивная терапия (Metacognitive Therapy, MCT; Wells, 2009) концептуализирует психопатологию как следствие дисфункциональных метакогнитивных убеждений и паттернов реагирования на собственные мысли, центральным из которых является руминация - устойчивое, повторяющееся, самореферентное мышление, направленное на анализ причин и последствий дистресса. В отличие от когнитивной терапии, фокусирующейся на содержании мыслей, MCT работает с отношением к мыслям и с процессами, поддерживающими руминацию. Терапевтический процесс направлен на развитие метакогнитивной осознанности (способности наблюдать мысли как события, а не как факты) и на формирование альтернативных стратегий реагирования, прежде всего - detached mindfulness (отстранённое осознание) и attention training technique (АТТ).

Конструкт РС встраивается в MCT на уровне перехода от метакогнитивного наблюдения к метакогнитивному обязательству. Если MCT развивает способность клиента распознавать руминацию и не следовать за ней, то РС добавляет к этому акт сознательного принятия обязательства, который переводит наблюдение в конкретное поведенческое решение: «Я вижу свою руминацию. Я обязуюсь не следовать за ней, а действовать иначе». Данная формулировка может рассматриваться как специфическая форма metacognitive commitment - обязательства, заключаемого с собой на короткий срок (микро-контракт), которое фиксирует момент перехода от осознания к действию. В терминах MCT это соответствует переходу от фазы «отсоединения» (detachment) к фазе «выбора ответа» (response selection), однако РС добавляет

к этому экзистенциальное измерение: клиент не просто выбирает альтернативное поведение, но принимает на себя авторство за этот выбор через реалистичное обязательство с правом на ошибку.

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках МСТ заключается в смещении фокуса с процесса наблюдения (развитие метакогнитивной осознанности, отсоединение от руминаций) на акт обязательства (точка перехода от наблюдения к действию). В терминах МСТ это может быть описано как переход от «метакогнитивного мониторинга» к «метакогнитивному контролю»: если МСТ создаёт условия для распознавания руминации как ментального события, то РС фиксирует момент, в котором клиент принимает на себя экзистенциальную ответственность за выбор ответа. Данный акцент не противоречит теоретическим основаниям МСТ, а дополняет их, поскольку МСТ также предполагает активное изменение стратегий реагирования; РС уточняет, что это изменение может быть оформлено как микро-контракт с правом на ошибку, что снижает риск перфекционистского давления и ятрогенной самокритики. Формулировка «Я намерен попробовать не следовать за руминацией в течение следующих 24 часов, и если я сорвусь, я обязуюсь не наказывать себя за это, а исследовать, что именно вызвало возвращение к руминации» может рассматриваться как специфическая форма метакогнитивного обязательства, в которой ценность заботы о себе переводится в конкретное поведенческое решение.

Ограничения. Встраивание РС в МСТ требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает устойчивую метакогнитивную осознанность: без предварительного развития способности распознавать руминацию как ментальное событие (а не как факт) микро-контракт может превратиться в новую форму борьбы с мыслями, что парадоксальным образом усилит руминацию. Во-вторых, РС требует способности к метакогнитивному наблюдению: при высоком уровне когнитивного слияния (cognitive fusion) или при выраженной диссоциации ($DES > 30$) клиент может быть неспособен занять позицию наблюдателя, и в этом случае приоритет должен быть отдан

стабилизации и развитию навыков отсоединения. В-третьих, конструкт не рекомендуется использовать при остром психотическом спектре или параноидном радикале, где метакогнитивные интервенции могут усилить идеи воздействия или магическое мышление. Наконец, при тяжёлой депрессии с апатией и аволией метакогнитивное обязательство может оказаться недоступным из-за дефицита мотивации; в таких случаях предварительная фармакологическая коррекция и поведенческая активация являются приоритетными.

5.14. Встраивание в логотерапию

Как встраивается. Логотерапия, разработанная Виктором Франклом (Frankl, 1946/2015), концептуализирует психопатологию как следствие утраты смысла - экзистенциального вакуума, который проявляется в апатии, скуке и невротических симптомах. Центральным понятием логотерапии является воля к смыслу (Wille zum Sinn) - фундаментальная мотивационная сила, направленная на поиск и реализацию смысла в конкретной жизненной ситуации. Франкл подчёркивал, что смысл не может быть создан произвольно; он должен быть обнаружен в конкретной ситуации, и его реализация требует активного действия. Терапевтический процесс в логотерапии направлен на помощь клиенту в обнаружении смысла через сократический диалог, работу с ценностями и развитие способности переносить страдание, сохраняя осмысленность жизни (трагический оптимизм).

Конструкт РС встраивается в логотерапию на уровне перехода от обнаружения смысла к обязательству действовать из смысла. Если логотерапия развивает способность клиента находить смысл в конкретной ситуации, то РС добавляет к этому акт сознательного принятия обязательства, который переводит понимание в конкретное поведенческое решение: «Я нашёл смысл. Я обязуюсь действовать из него через микро-контракт». Данная формулировка может рассматриваться как специфическая форма экзистенциального обязательства - микро-контракта, заключаемого с собой на короткий срок, которое фиксирует момент перехода от понимания к реализации. В терминах

логотерапии это соответствует переходу от фазы «обнаружения смысла» к фазе «реализации смысла», однако РС добавляет к этому измерение, которое в оригинальной модели остаётся менее операционализированным: реалистичный микро-контракт с правом на ошибку, который снижает риск перфекционистского давления и ятрогенной самокритики при невозможности немедленной реализации смысла.

Формулировка «Я намерен попробовать действовать из обнаруженного смысла в течение следующих 24 часов, и если я сорвусь, я обязуюсь не наказывать себя за это, а исследовать, что именно помешало реализации» может рассматриваться как специфическая форма логотерапевтического действия, в которой ценность заботы о себе переводится в конкретное поведенческое обязательство. Существенно, что РС не претендует на замену логотерапевтической работы со смыслом; он дополняет её, фиксируя момент, в котором клиент принимает на себя экзистенциальную ответственность за реализацию обнаруженного смысла.

Акцент. Ключевой вклад РС в рамках логотерапии заключается в смещении фокуса с процесса обнаружения смысла (сократический диалог, работа с ценностями, трагический оптимизм) на акт обязательства (точка перехода от понимания к действию). В терминах логотерапии это может быть описано как переход от «смысла как понимания» к «смыслу как действию»: если логотерапия создаёт условия для обнаружения смысла, то РС фиксирует момент, в котором клиент принимает на себя экзистенциальную ответственность за реализацию этого смысла. Данный акцент не противоречит теоретическим основаниям логотерапии, а дополняет их, поскольку Франкл также подчёркивал, что смысл должен быть реализован через действие; РС уточняет, что это действие может быть оформлено как микро-контракт с правом на ошибку. Это особенно важно в контексте трагического оптимизма: если клиент не может немедленно реализовать смысл из-за объективных ограничений (болезнь, утрата, социальные условия), микро-контракт позволяет сохранить обязательство, не превращая его в источник вины.

Ограничения. Встраивание РС в логотерапию требует соблюдения ряда условий. Во-первых, конструкт предполагает ясность смысла: без предварительной работы по обнаружению смысла (например, через сократический диалог или анализ ценностей) микро-контракт может превратиться в формальное обязательство, не связанное с подлинными смыслами клиента. Во-вторых, РС не используется при остром горе: в период острой утраты работа со смыслом может быть преждевременной, и приоритет должен быть отдан сопровождению, легитимизации чувств и стабилизации. В-третьих, конструкт требует способности к рефлексивной зрелости: при выраженном экзистенциальном вакууме или апатии (например, в рамках тяжёлой депрессии) акт обязательства может оказаться недоступным, и предварительная поведенческая активация или фармакологическая коррекция являются приоритетными. Наконец, при высоком суицидальном риске ($С-SSRS > 0$) конструкт не применяется до стабилизации состояния, поскольку работа со смыслом может усилить безнадёжность; в таких случаях приоритет отдаётся кризисному вмешательству.

5.15. Сводная таблица встраиваемости

Таблица 1. Транстеоретическая встраиваемость конструкта РС

Парадигма	Как встраивается	Акцент	Ограничения
КПТ	Инструмент работы со сверхсамокритикой	Замена самокритичных мыслей на акт обязательства	Не работает при тяжёлой диссоциации
Схема-терапия	Этап формирования Здорового Взрослого	Принятие ответственности за Уязвимого Ребёнка	Требуется длительной подготовки
Транзактный анализ	Акт принятия Взрослым ответственности	Временное принятие роли Родителя	Не работает при психотическом спектре
СФТ	Акт обязательства, дополняющий сострадание	Переход от чувства к действию	Требуется предварительного

Парадигма	Как встраивается	Акцент	Ограничения
			развития сострадания
IFS	Акт принятия Self-ответственности	Принятие ответственности за Exiles	Требуется устойчивого Self
АСТ	Акт ценностно-конгруэнтного действия	Переход от гибкости к обязательству	Требуется ясности ценностей
МВСТ	Акт принятия права на заботу	Переход от осознанности к действию	Требуется устойчивой практики
Экзистенциальная терапия	Акт авторства	Сдвиг от «сироты» к «автору»	Требуется рефлексивной зрелости
Телесно-ориентированная терапия	Работа с телесными маркерами безопасности	Заземление через телесные практики	Требуется осторожности при травме
Психодрама	Акт принятия роли Внутреннего Родителя	Проживание акта через действие	Требуется безопасной группы
Гештальт-терапия	Акт завершения гештальта	Завершение через действие	Требуется устойчивого контакта
Метакогнитивная терапия	Акт метакогнитивного сдвига	От наблюдения к действию	Требуется устойчивой осознанности
Логотерапия	Акт принятия смысла	От смысла к действию	Требуется ясности смысла

6. Интегративная архитектура конструкта и механизмы изменения

6.1. Девять модулей работы

Конструкт РС описывает девять модулей работы, организованных по принципу спирали, а не линейной последовательности. Такая организация отражает фундаментальное положение о том, что терапевтический процесс не является поступательным движением от «нездоровья» к «здоровью», а

представляет собой итеративный процесс углубления интеграции, в котором возврат к ранее пройденным темам является не регрессом или сопротивлением, а нормативным механизмом консолидации изменений. Спиральная модель предполагает, что каждый новый проход через модуль происходит на качественно ином уровне: клиент возвращается к тем же темам (например, к трауру по несбывшемуся), но с новыми ресурсами, новым опытом и новой способностью к рефлексии. Это соответствует современным представлениям о нелинейности терапевтического изменения (Hayes et al., 2007; Stiles et al., 2007) и позволяет избежать характерной для линейных протоколов ошибки преждевременного перехода к следующему этапу без достаточной проработки предыдущего.

Принципиальное уточнение, вводимое в данной работе: девять модулей - это клиническая карта, а не жёсткий протокол. Они не образуют обязательной последовательности и не являются обязательными для всех клиентов. Данное позиционирование имеет как теоретические, так и клинические основания.

Теоретическое основание. Конструкт РС, как было показано в разделе 1.3, является транстеоретическим инструментом, а не самостоятельной моделью. Транстеоретический конструкт по определению не может предписывать единую последовательность этапов, поскольку встраивается в различные парадигмы с их собственными протоколами и логикой. Например, в схематерапии модуль «Диагностика» может быть интегрирован в фазу оценки режимов, в то время как в метакогнитивной терапии он может быть совмещён с развитием метакогнитивной осознанности. Таким образом, девять модулей представляют собой репертуар, из которого терапевт выбирает в зависимости от задач, парадигмы и индивидуальных потребностей клиента. Выбор этого репертуара, однако, не может игнорировать культурно-специфический контекст, в котором формировался эмоциональный опыт клиента. В отечественной психологии тема межпоколенческого психического травматизма остаётся недостаточно изученной, особенно в эмпирическом плане. Диссертационное исследование Майн Н.В. (ИП РАН, 2017) установило

связь индивидуальной и межпоколенческой психотравматизации кандидатов в замещающие родители с их актуальным психическим состоянием - выраженностью психопатологических симптомов, уровнем дистресса и посттравматического стресса. Особенно неблагоприятные виды межпоколенческого травматизма: плохие отношения между родителями, семейные секреты и насилие в роду. Механизмы передачи: проекция, идентификация и проективная идентификация. Через идентификацию с агрессором ребёнок, став взрослым, воспроизводит то, что делали с ним [46]. Это означает, что эмоциональное пренебрежение в постсоветской семье - не случайность, а воспроизводимый паттерн, укоренённый в бессознательных механизмах передачи травмы. Российские демографические данные косвенно подтверждают масштаб этого паттерна: на каждые 10 браков в России приходится 8 разводов; 41,8% одиноких людей против 24,5 млн семей с детьми; главные причины разводов - «неравный эмоциональный труд» (68%) и «смерть диалога» (23%). Именно поэтому модули «Диагностика» и «Легитимизация» в российском контексте должны включать работу с семейными нарративами и интроецированными моделями «терпения», а не ограничиваться индивидуальной историей клиента.

Клиническое основание. Различные клинические группы требуют различных акцентов и последовательностей. Для клиентов с избегающим расстройством личности (ИРЛ) модуль «Реляциональное расширение» становится сквозным и пронизывает все остальные модули с самого начала терапии. Для клиентов с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) модуль «Строительство» должен быть интегрирован в протокол ERP-терапии. Для клиентов на психофармакотерапии с эмоциональным притуплением модули «Траур» и «Встреча» могут быть отложены до коррекции фармакологического статуса. Жёсткая линейная последовательность в этих случаях была бы не просто неэффективной, но и потенциально ятрогенной.

Структурная организация модулей. Несмотря на отказ от жёсткой линейности, для целей исследовательского протоколирования вводится минимальная

линейная последовательность: модули 1–5 (Диагностика, Легитимизация, Траур, Встреча, Строительство) рассматриваются как обязательные базовые модули, тогда как модули 6–9 (Границы, Интеграция, Свидетельство, Реляциональное расширение) могут варьироваться в зависимости от клинической картины. Данное разграничение отражает клиническую логику: первые пять модулей создают необходимые предпосылки для последующей работы (без диагностики невозможно определить мишени, без легитимизации невозможно безопасное исследование уязвимости, без траура невозможно завершение бесконечного ожидания, без встречи невозможно установление контакта, без строительства невозможно закрепление изменений). Модули 6–9 представляют собой расширение и углубление, необходимость и последовательность которых определяется индивидуально.

Содержание модулей.

Диагностика. Исследование внутренних голосов, запрещённых эмоций и неудовлетворённых потребностей. Данный модуль предполагает феноменологическое исследование внутреннего опыта клиента без преждевременной интерпретации или категоризации. Цель - создание «карты» внутренних паттернов, которая позволит в дальнейшем дифференцировать различные аспекты опыта (например, голос Анти-Родителя и голос Внутреннего Ребёнка). Инструменты: «Три колонки», «Пять личин Анти-Родителя».

Легитимизация. Признание реальности переживания без преувеличения и обесценивания. Валидация чувств. Данный модуль направлен на восстановление права клиента на чувства, которое часто было культурно или семейно ограничено. Легитимизация не означает согласия с интерпретацией клиента или подтверждения его правоты; она означает признание того, что переживание имеет смысл в контексте его истории. Инструменты: «Свидетельство», «Соматическая разрядка напряжения».

Траур. Признание невосполнимых потерь из прошлого. Завершение бесконечного ожидания того, что прошлое можно изменить. Данный модуль

предполагает оплакивание того, чего не было, и того, что не может быть восстановлено. Траур не означает примирения с насилием или обесценивания боли; он означает признание реальности утраты как отправной точки для изменений. Инструмент: «Траур по несбывшемуся».

Встреча. Установление безопасного и осознанного контакта с уязвимым состоянием. Данный модуль предполагает развитие способности клиента оставаться в контакте с болезненными переживаниями, не диссоциируя и не прибегая к автоматическим стратегиям избегания. Встреча становится возможной только при соблюдении критериев готовности. Инструменты: «Поведенческий эксперимент самоусыновления», «Исследование сопротивления».

Строительство. Превращение внутренней заботы в повторяющиеся, конкретные действия в повседневной жизни через поведенческие эксперименты. Данный модуль предполагает перевод инсайтов и эмоциональных переживаний в конкретные поведенческие изменения. Микро-контракты с правом на ошибку являются центральным инструментом данного модуля. Инструмент: «Утренняя микро-забота».

Границы. Обучение защите себя. Граница включает описание факта, обозначение неприемлемого поведения и формулировку собственного действия. Данный модуль направлен на развитие способности клиента защищать своё пространство, время и эмоциональные ресурсы без агрессии и без избегания. Инструмент: «Правила и границы».

Интеграция. Снижение внутренней войны между состояниями, достижение большей согласованности. Данный модуль предполагает работу с внутренними конфликтами и развитие способности удерживать различные аспекты опыта без слияния с ними. Инструмент: «Круг внутренних частей».

Свидетельство и закрепление. Фиксация изменений через символические действия и нарратив. Данный модуль предполагает создание символических актов, которые закрепляют изменения и делают их видимыми для клиента. Инструмент: «Письмо будущему потомку».

Реляциональное расширение. Перенос внутренней заботы и автономии на внешние отношения. Данный модуль предполагает интеграцию сформированной внутренней позиции заботы в реальные межличностные отношения: умение запрашивать помощь, устанавливать близость и поддерживать границы с другими людьми. Инструменты: «Межличностный микро-эксперимент», «Карта близости».

Критерии перехода между модулями. Хотя модули не образуют жёсткой последовательности, переход от одного модуля к другому (или возврат к предыдущему) должен быть клинически обоснован. В общем виде критерии перехода включают: (а) достижение достаточной стабильности в текущем модуле (например, способность клиента оставаться в контакте с уязвимым состоянием без диссоциации); (б) наличие ресурсов для работы со следующим модулем (например, способность к метакогнитивному наблюдению для модуля «Интеграция»); (в) согласие клиента и терапевта относительно готовности к переходу. Возврат к предыдущему модулю является нормативным, если в процессе работы активируется материал, требующий дополнительной проработки (например, возврат к модулю «Траур» при активации нового слоя горевания).

Связь с транстеоретической встраиваемостью. Конкретная последовательность и акценты модулей определяются той парадигмой, в которую встраивается РС. Например, в рамках КПТ модуль «Диагностика» может быть интегрирован в функциональный анализ, а модуль «Строительство» - в поведенческую активацию. В рамках схема-терапии модуль «Диагностика» может быть совмещён с оценкой режимов, а модуль «Встреча» - с ограниченным репарентингом. В рамках CFT модуль «Легитимизация» может быть интегрирован в развитие самосострадания, а модуль «Строительство» - в поведенческую активацию на основе сострадания. Таким образом, девять модулей представляют собой не альтернативу существующим протоколам, а мета-структуру, которая может быть адаптирована к любой парадигме.

6.2. Критерии завершения для разных уровней

Ясность в вопросе о том, когда акт завершён, когда процесс, и когда терапия, позволяет оценивать результат и предотвращать «вечную терапию» - феномен, при котором клиент остаётся в терапии без ясных критериев достижения целей.

Уровень 1: Критерии завершения акта самоусыновления

Акт считается завершённым при выполнении следующих условий:

- Осознанность решения. Клиент способен сформулировать, что именно он принимает и почему. Это не автоматическое действие, а результат рефлексивного выбора.
- Добровольность. Решение принимается без принуждения со стороны терапевта или внешних обстоятельств. Клиент осознаёт альтернативу и выбирает самоусыновление.
- Заключение микро-контракта. Клиент формулирует конкретное поведенческое обязательство на короткий срок (например, 24 часа), включающее право на срыв и обязательство исследовать срыв без самокритики.
- Первый шаг. Клиент совершает конкретное действие, демонстрирующее принятие обязательства. Это может быть небольшая забота о себе, пауза перед самокритикой или обращение за поддержкой.
- Отсутствие немедленной самокритики. Если срыв происходит, клиент демонстрирует способность исследовать его без немедленного перехода в самонаказание.

Что не является критерием завершения акта: отсутствие срывов, идеальное выполнение обязательства, устойчивое изменение самоотношения. Акт - это точка перехода, а не устойчивое состояние.

Уровень 2: Критерии завершения процесса самоусыновления

Процесс считается завершённым (или достигшим достаточной устойчивости) при выполнении следующих условий:

- Устойчивое изменение самоотношения. Клиент демонстрирует снижение самокритики и более мягкий внутренний диалог на протяжении не менее 4 недель, подтверждённое как субъективным отчётом, так и стандартизированными шкалами (снижение SCS-SF на ≥ 1 SD).
- Способность исследовать срыв без самокритики. При возникновении трудностей клиент автоматически (или с минимальной поддержкой) переходит к исследованию, а не к самонаказанию.
- Автоматическое проявление заботы. Забота о себе становится не результатом сознательного усилия, а привычным паттерном. Клиент может не замечать, что проявляет заботу, пока не обратит на это внимание.
- Способность запрашивать помощь. Клиент демонстрирует способность обращаться за поддержкой к другим людям, не рассматривая это как признак слабости или неудачи.
- Переход от внешней мотивации к внутренней. Клиент действует из внутреннего обязательства, а не из страха наказания или стремления соответствовать ожиданиям.

Уровень 3: Критерии завершения терапии

Терапия считается завершённой при выполнении следующих условий:

- Достижение целей. Все цели, сформулированные на начальном этапе, достигнуты или переформулированы в реалистичные и принятые клиентом.
- Стабильный результат в течение 6 месяцев. Клиент демонстрирует устойчивые изменения на протяжении как минимум 6 месяцев после завершения активной фазы работы.
- Способность быть себе опорой без постоянного сопровождения. Клиент демонстрирует способность справляться с трудностями, используя сформированные навыки, без необходимости в постоянной терапевтической поддержке.
- Отсутствие признаков защитного самоусыновления. Терапевт и клиент совместно подтверждают, что изменения не являются нарциссической

защитой от потребности в других, а сопровождаются способностью сохранять близкие отношения и запрашивать помощь.

- **Согласованное решение о завершении.** Завершение терапии является совместным решением, а не односторонним уходом клиента или решением терапевта.

Предотвращение «вечной терапии». Для предотвращения феномена «вечной терапии» рекомендуется: регулярный пересмотр целей (каждые 3–4 месяца); использование стандартизированных шкал для объективной оценки прогресса; обсуждение критериев завершения на ранних этапах работы; различение «поддержки» (которая может продолжаться) и «активной терапии» (которая имеет цели и критерии завершения).

6.3. Предварительные условия для модуля «Встреча»: последовательная интернализация

Для клиентов с тяжёлой депривацией и отсутствием опыта безопасной привязанности, акт самоусыновления не может произойти из вакуума. Для них обязательным структурным элементом является последовательная интернализация:

- **Фаза внешней опоры:** Терапевт временно выполняет регуляторную функцию «достаточно хорошего родителя», создавая опыт безопасной зависимости и со-регуляции.

- **Фаза интериоризации:** Клиент начинает воспроизводить эту функцию по отношению к себе через микро-практики, поддерживаемые терапевтом.

- **Фаза самоусыновления:** Акт авторства становится возможным только после успешного прохождения первых двух фаз.

Понимание этого перехода требует учёта не только психологических, но и биологических механизмов передачи травмы. Германские исследования DZPG (2025) показали: у детей, чьи родители пережили Холокост, обнаружены изменения в метилировании гена FKBP5 - гена, критичного для регуляции стресса; пренатальный стресс (стресс матери во время беременности) оставляет эпигенетические маркеры в пуповинной крови,

связанные с последующей повышенной потребностью в медицинской и психологической помощи; «нарушенные взаимодействия» - неспособность родителя реагировать на сигналы ребёнка - являются ключевым психологическим путём передачи травмы [47].

Применительно к постсоветскому контексту: женщины, пережившие 1990-е во время беременности или с маленькими детьми, передали своим детям не только психологические паттерны, но и биологическую уязвимость к стрессу. Российские демографические данные подтверждают масштаб этого явления: ожидаемая продолжительность жизни в России упала с 70 лет до 64 лет в период с 1989 по 1999 год, а продолжительность жизни мужчин снизилась на 10 лет. Мужчины, чья жизнь сократилась на 10 лет, - это отцы и деды нынешних взрослых. Их преждевременная смерть или инвалидизация означали, что целые поколения росли без эмоционально доступных отцов. Это означает, что последовательная интернализация для таких клиентов требует не просто «наверстывания» навыков, а создания опыта, который компенсирует биологически закреплённую уязвимость к стрессу.

Критерии готовности:

- Наличие устойчивого «Наблюдателя»: Клиент демонстрирует способность описывать свои состояния в третьем лице без потери контакта с реальностью.
- Стабильность окна толерантности: В течение 4–6 сессий не наблюдалось эпизодов гипер- или гипоактивации, требующих экстренной стабилизации.
- Способность к двойному вниманию: Клиент может одновременно удерживать контакт с болезненным материалом и ориентацию в настоящем.
- Прохождение модуля Траура: Клиент продемонстрировал способность переносить грусть без немедленного перехода в самокритику или диссоциацию.

6.4. Предполагаемые механизмы изменения

Механизм 1: Метакогнитивный сдвиг. Процесс разотождествления с паттернами самокритики и формирование позиции наблюдателя. С позиций теории ментализации, это развитие рефлексивного функционирования.

Фальсифицируемое предсказание: После прохождения программы будет наблюдаться значимое повышение по шкале метакогнитивной осознанности (MAAS).

Механизм 2: Коррективный эмоциональный опыт. Проживание опыта самопринятия и самозащиты в терапевтическом процессе. С позиций теории привязанности, это формирование нового опыта безопасности в отношениях с самим собой. Фальсифицируемое предсказание: Участники будут сообщать о значимых инсайтах и эмоционально заряженных моментах, связанных с проявлением самосострадания.

Механизм 3: Нарративная трансформация. Изменение личной истории от «я сломлен» к «я справляюсь, и это не отменяет моей боли». С позиций модели структурной диссоциации, это интеграция травматических воспоминаний в автобиографическую память. Фальсифицируемое предсказание: Будет наблюдаться значимое изменение в оценке событий личной истории по шкале когерентности нарратива. Инструмент измерения: Структурированное интервью для оценки нарративной идентичности с последующим контент-анализом. Кодирование будет осуществляться двумя независимыми экспертами, не осведомлёнными о групповой принадлежности участников. Целевой уровень согласованности - каппа Козна > 0.70 .

Механизм 4: Закрепление нового опыта (Hanson) (НБ/КМ). Теоретическое обоснование. Метод «Taking in the Good» (Hanson, 2013) основан на концепции опытно-зависимой нейропластичности (experience-dependent neuroplasticity) и учитывает эволюционную негативную предвзятость мозга, из-за которой позитивный опыт быстрее забывается, чем негативный. Операционализация. Четырёхшаговый процесс HEAL: (1) Have - активация позитивного переживания; (2) Enrich - удержание его в осознании 5–10 секунд с усилением интенсивности и личной значимости; (3) Absorb - интенция «впитать» переживание; (4) Link - опциональное связывание позитивного материала с негативным при условии доминирования позитивного. Интеграция в РС. Метод встраивается в модуль «Строительство»: если микро-контракт создаёт

акт заботы, то HEAL обеспечивает процесс превращения отдельных моментов в устойчивую внутреннюю структуру. Фальсифицируемое предсказание. Участники продемонстрируют значимое увеличение способности замечать и удерживать позитивный опыт (Savoring Beliefs Inventory), с сохранением эффекта через 6 и 12 месяцев. Ограничение. Метод не должен использоваться как «позитивная интервенция» в обход проработки негативного материала; при появлении маркеров токсичной позитивности - возврат к модулю «Легитимизация».

Механизм 5: Психофизиологическая и соматическая регуляция. Терапевтическая работа создаёт психологический контекст (чувство безопасности), который субъективно переживается как снижение угрозы. Данные физиологические изменения рассматриваются исключительно как вероятные корреляты, а не как механизм или цель терапии. Фальсифицируемое предсказание: После прохождения программы будет наблюдаться снижение субъективного напряжения по шкале телесных ощущений. Ограничение: Измерение вариабельности сердечного ритма (HF-HRV) и других психофизиологических маркеров является ресурсоёмким и методологически сложным. В связи с высокой внутрииндивидуальной вариабельностью HF-HRV и обилием конфаундеров (Laborde et al., 2017; Shaffer & Ginsberg, 2017), эти измерения переводятся в разряд эксплораторных (поисковых) в полномасштабном РКИ. В пилотном исследовании они не проводятся.

Механизм 6: Коррективный эмоциональный опыт (Alexander, 1946). Александер первым систематически описал механизм, посредством которого новый эмоциональный опыт в отношениях с терапевтом отменяет эффект старых травматических паттернов [48] (ЭП). Его ключевое положение: «Только коррективный опыт может отменить эффект старого». РС наследует эту логику, но переносит акцент с диадического опыта (терапевт - клиент) на интрапсихический (Взрослый - Внутренний Ребёнок). Кроме того, если Александер подчёркивал необходимость эмоциональной активации, то РС

добавляет поведенческий микро-контракт как механизм перехода от переживания к действию. Фальсифицируемое предсказание: Участники будут сообщать о значимых инсайтах и эмоционально заряженных моментах, связанных с проявлением самосострадания.

7. Практические техники и их операционализация

Приводимые ниже техники являются иллюстрацией клинического применения конструкта. Их использование требует профессиональной оценки и, при необходимости, адаптации, в том числе с учётом психофармакологического статуса клиента и его нейрокогнитивного профиля. Для обеспечения воспроизводимости в рамках РКИ планируется разработать полноценное Руководство по лечению (Treatment Manual) с пошаговыми скриптами, ожидаемыми реакциями клиента, критериями успешности выполнения и чёткими алгоритмами действий при нежелательных реакциях.

7.1. «Три колонки» (Диагностика). Лист делится на три части: «Факт», «Что я чувствовал тогда», «Что я чувствую сейчас». Задача - без интерпретаций зафиксировать разницу в восприятии.

7.2. «Пять личин Анти-Родителя» (Диагностика). Отслеживание голоса, ситуации и телесной реакции с последующим поиском альтернативы. Позволяет дифференцировать интроекты.

7.3. «Свидетельство» (Легитимизация). Чтение или проговаривание собственного опыта вслух. Если вызывает сильную дезорганизацию - техника немедленно прекращается.

7.4. «Соматическая разрядка напряжения» (Легитимизация). Безопасная последовательность: оценка напряжения, называние эмоции, контролируемое движение (операционализированное в Treatment Manual: медленные наклоны головы, покачивания, потягивания - без интенсивной экспрессивной работы), оценка состояния. Требуется предварительной оценки готовности (успешное использование навыков саморегуляции в течение минимум 4–6 сессий). В протокол вводится обязательный «стоп-сигнал», при котором терапевт

немедленно прекращает упражнение и переводит клиента на ориентацию в настоящем.

7.5. Траур по несбывшемуся (Траур). Письменная или устная практика оплакивания того, чего не было.

Адаптация для клиентов на психофармакотерапии: Для клиентов, принимающих психотропные препараты, вызывающие эмоциональное притупление (SSRI-induced apathy syndrome / emotional blunting, наблюдаемое у значительной части пациентов; Sansone & Sansone, 2010; Opbroek et al., 2002), доступ к аффекту может быть фармакологически ограничен. В таких случаях тактика «замедления темпа» неэффективна, так как психотерапевтическая работа с аффектом в условиях выраженной апатии не приносит результатов. Клинический алгоритм: При стойком эмоциональном блантинге (притуплении эмоций), блокирующем модули Траура или Встречи в течение 6–8 сессий, показан обязательный консилиум с лечащим психиатром для рассмотрения коррекции терапии (например, ротации на вортиоксетин или адъювантного добавления бупропиона/агомелатина) с целью восстановления аффективной доступности.

7.6. Поведенческий эксперимент самоусыновления (Встреча). Клинический контекст: Данная техника вводится только после успешного прохождения модуля Легитимизации, модуля Траура и при соответствии критериям готовности.

Реалистичный микро-контракт: Вместо перфекционистской клятвы «Я обещаю никогда тебя не бросать» (что сложно гарантировать), используется формулировка: «Я намерен попробовать быть рядом с собой в течение следующих 24 часов, и если я сорвусь, я обязуюсь не наказывать себя за это, а исследовать, что именно вызвало срыв». Это снимает перфекционизм и снижает риск ятрогенной самокритики.

Операционализация для РКИ: Проводится не менее 3 поведенческих экспериментов в течение модуля «Встреча» с частотой 1–2 в неделю.

Критерий успешности - не результат эксперимента, а способность клиента исследовать срыв без самокритики.

Важно: Для пациентов на комбинированной психофармакотерапии (> 2 препаратов), влияющей на мотивацию или когнитивную гибкость (например, атипичные антипсихотики), начало данного модуля требует предварительного консилиума терапевта и психиатра.

7.7. Утренняя микро-забота (Строительство). Три вопроса: «Что я чувствую?», «Что мне нужно?», «Какое действие покажет, что я себя не бросаю?».

Адаптация для клиентов с нейрокогнитивными особенностями: Для клиентов с СДВГ-подобным профилем, опора только на внутреннюю волю может быть неэффективной. Рекомендуется модификация с использованием внешних опор: визуальные триггеры, привязка к существующим привычкам (habit stacking).

7.8. Правила и границы (Границы). Правила формулируются от первого лица как описание собственного действия, а не требование изменить других. Например: вместо «Ты не должен кричать на меня» - «Когда на меня повышают голос, я делаю паузу и говорю: "Я не буду продолжать разговор в таком тоне" - и, при необходимости, выхожу из ситуации»; вместо «Ты должен спрашивать разрешения, прежде чем звонить вечером» - «Я не отвечаю на звонки после 21:00, если это не экстренный случай, и сообщаю об этом близким заранее».

Критерии эффективного правила: начинается с «Я», описывает конкретное действие, не требует изменения другого, реалистично и включает право на ошибку.

7.9. «Круг внутренних частей» (Интеграция). Вербальное обозначение актуального внутреннего опыта, без его персонификации, с последующим принятием решений из взрослой позиции.

Операционализация: Длительность 15–20 минут. Критерий прекращения - достижение согласованного решения или появление признаков диссоциации (DES > 20 в моменте).

Сравнение с ID-CAM (Androutsopoulou & Viou, 2019). Техника ID-CAM предполагает персонификацию внутренних частей как «персонажей», ведущих диалог [49] (КМ). РС заимствует идею диалога, но отказывается от персонификации в пользу описательного языка («состояния», «реакции»), что снижает риск реификации метафор и делает технику более безопасной для клиентов с диссоциативными тенденциями.

7.10. Письмо будущему потомку (Свидетельство). Формулировка того, что человек не хочет передавать дальше. Поддерживает нарратив авторства и способствует закреплению изменений через символический акт передачи, однако не предполагает и не обещает «исцеления всего рода»: её эффект ограничивается формированием субъективной позиции клиента по отношению к воспроизводимым паттернам и не является утверждением о реальном влиянии на будущие поколения.

7.11. Исследование сопротивления акту самоусыновления (Встреча). Мягкое исследование внутренних препятствий для принятия обязательства заботы о себе, без их осуждения. Шаги: (1) Идентификация мыслей, чувств и телесных ощущений при мысли об обязательстве; (2) Называние сопротивления; (3) Исследование истории сопротивления в прошлом опыте; (4) Дифференциация сопротивления от текущей реальности; (5) Интеграция, при которой сопротивление признаётся как часть опыта, имеющая защитную функцию.

7.12. «Межличностный микро-эксперимент» (Реляциональное расширение). Клиент составляет список из 3–5 и более ситуаций, в которых он обычно избегает просить о помощи или выражать уязвимость; совместно с терапевтом разрабатывается поведенческий эксперимент, в котором клиент тестирует безопасность запроса (например, просит коллегу о помощи и наблюдает собственную реакцию на отказ или согласие), при этом ключевой акцент делается не на результате, а на способности пережить отказ без катастрофизации и сохранить контакт с собственным опытом, что позволяет интегрировать сформированную внутреннюю позицию заботы в реальные межличностные отношения и снизить избегание близости.

7.13. «Карта близости» (Реляциональное расширение). Клиент рисует круг своих актуальных отношений, отмечая, где он чувствует заботу, где - напряжение, где - избегание. Затем терапевт помогает клиенту определить, как внутренняя позиция «Внутреннего Родителя» может быть перенесена в одно из напряжённых отношений. Критерий достижения модуля: Изменение по шкале ECR-R (снижение избегания близости или тревожности) или по шкале межличностного функционирования (ИР-С).

7.14. Таблица соответствия техник и механизмов изменения

Таблица 2. Соответствие техник и механизмов изменения

Техника	Метакогни- вный сдвиг	Корректив- ный эмоц. опыт	Нарративн- ая трансформ- ация	Психофизиологич- еская регуляция
7.1. «Три колонки»	X	X		
7.2. «Пять лиц Анти-Родителя»	X			
7.3. «Свидетельство»	X	X		
7.4. «Соматическая разрядка»		X		X
7.5. Траур по несбывшемуся		X	X	
7.6. Поведенческий эксперимент	X	X	X	
7.7. Утренняя микро-забота	X	X		
7.8. Правила и границы	X		X	

Техника	Метакогнитивный сдвиг	Коррективный эмоц. опыт	Нарративная трансформация	Психофизиологическая регуляция
7.9. «Круг внутренних частей»	X		X	
7.10. Письмо будущему потомку			X	
7.11. Исследование сопротивления	X	X		
7.12. «Межличностный микро-эксперимент»	X	X		
7.13. «Карта близости»	X		X	

8. Роль терапевта и этические границы

В репаративном самоусыновлении терапевт не является новым родителем или судьёй. Его ключевые функции включают: оценку состояния, создание безопасного терапевтического альянса, помощь в различении прошлого и настоящего, поддержку стабилизации и работу с переносом.

8.1. Единая позиция и гибкие тактики

Роль терапевта едина: он является внешним регулятором состояния клиента, носителем безопасности, принятия и способности к ментализации. Его позиция остаётся константой на протяжении всей терапии. Меняются лишь тактики вмешательства. Чтобы избежать ложной дихотомии «директивности», предлагается различать тактики по их фокусу, а не по степени активности:

- Процессуальная тактика: Фокус на состоянии клиента, его переживаниях и внутреннем темпе. Включает свидетельство, валидацию и стабилизацию.

- Структурная тактика: Фокус на задаче, рамке или конкретном навыке. Включает предложение техники, организацию упражнения, обучение навыку.

Таблица 3. Критерии перехода между тактиками терапевта

Ситуация	Тактика терапевта	Обоснование
Клиент сообщает о сильном аффекте, дезориентации	Процессуальная	Приоритет стабилизации и безопасности
Клиент демонстрирует готовность к действию	Структурная	Использование мотивации клиента при сохранении безопасной структуры
Клиент сопротивляется предложенной технике	Процессуальная	Исследование сопротивления до его проработки
Клиент просит терапевта «быть более директивным»	Структурная (с осторожностью)	Исследование мотивации запроса; возможная проекция «спасателя»

8.2. Работа с переносом и контрпереносом

Конструкт активизирует мощные переносные реакции, требующие пристального внимания. Типичные переносные реакции включают идеализацию терапевта, требование постоянной доступности, страх быть брошенным. Контрпереносные реакции специалиста могут проявляться в желании «спасти», чрезмерной теплоте, раздражении или ощущении всемогущества.

Рекомендации: называть происходящее в терапии, поддерживать чёткие границы, регулярно проходить супервизию, не торопиться с переходом к глубинным модулям.

Эти переносные реакции приобретают дополнительную интенсивность в контексте постсоветской травматической памяти, где фигура «спасателя» нередко несёт на себе груз коллективных ожиданий. Исследование Oushakine

(2010) на материале Барнаула показало, что после распада СССР люди объединялись вокруг «сообществ потери» - группами разделённой травмы, где боль стала основой идентичности. В такой среде ребёнок растёт не в атмосфере эмоциональной отзывчивости, а в атмосфере выживания и разделённого страдания.

Это означает, что участники пилотного исследования с высокой вероятностью имеют не только индивидуальную, но и семейную историю травмы, что должно учитываться при скрининге и формировании контрольных групп. Терапевт, работающий с таким клиентом, должен осознавать, что перенос может активировать не только личную историю, но и коллективную память о «потерянном родителе» - и это требует особой осторожности в работе с идеализацией. Российский социолог Яковенко (2021) вводит понятие «клятвоотступничества» - травмы, связанной с отказом от прежних идеалов: родители, верившие в советскую систему, пережили её крах как личное предательство, и их дети видели их потерянными, обманутыми, не понимающими, как жить. Когда родитель сам потерял опору в мире, он не может дать ребёнку чувство безопасности - вместо этого ребёнок получает тревожное молчание или цинизм [6].

8.3. Риск «токсичной гиперкомпенсации» и «перфекционистского самоусыновления»

Важно отслеживать риск «токсичной гиперкомпенсации», когда клиент начинает компульсивно «заботиться о себе» (правильное питание, режим, медитации), превращая Внутреннего Родителя в нового тирана. Критерий успеха - наличие спонтанности и права на ошибку, а не идеальное соблюдение режима.

Маркеры раннего распознавания токсичной гиперкомпенсации: клиент сообщает о чувстве стыда, вины или тревоги при пропуске «практик заботы» (например, пропустил утреннюю медитацию и чувствует себя «плохим»); в речи клиента появляются слова «должен» и «обязан» в отношении самоподдержки; техники «микро-заботы» становятся ригидными и

лишёнными спонтанности; клиент начинает гордиться «самодостаточностью» как моральным превосходством над другими.

При появлении этих маркеров терапевт должен вернуться к модулю Легитимизации и исследовать, не стал ли Внутренний Родитель новым Анти-Родителем. Терапия должна быть направлена на легитимизацию права на несовершенство.

Риск токсичной гиперкомпенсации особенно высок в культурном контексте, где «терпение» и «самодостаточность» исторически наделялись моральной ценностью. Российский социолог Яковенко (2021) вводит понятие «клятвоотступничества» - травмы, связанной с отказом от прежних идеалов. Родители, верившие в советскую систему, пережили её крах как личное предательство. Их ценности оказались «неправильными». Дети, выросшие в 90-е, видели родителей потерянными, обманутыми, не понимающими, как жить. Когда родитель сам потерял опору в мире, он не может дать ребёнку чувство безопасности. Вместо этого ребёнок получает тревожное молчание или цинизм. Это создаёт глубинную неспособность доверять - себе, другим, будущему.

Возьмитель (2019) описывает «травматическую последовательность» 90-х как цепь взаимосвязанных катастроф: развал СССР → малая гражданская война 1993 года → дефолт 1998 года. Что это означало для семей: массовая потеря идентичности («Мы не знаем, кто мы»); экономический коллапс (с 1989 по 1999 год «российская экономика рухнула более чем на 40%»); «культура дефицита» - исчезновение государственной системы нематериальной поддержки лишило людей не только ресурсов, но и базовой онтологической безопасности [5]. Именно поэтому в российском контексте микро-контракт должен быть особенно тщательно защищён от превращения в новый моральный императив: клиент, выросший в среде «клятвоотступничества», может бессознательно воспроизводить паттерн «идеального выполнения» даже в практике заботы о себе.

8.4. Различение зрелого и защитного самоусыновления

Критически важно различать зрелое самоусыновление и его патологическую имитацию, используемую как нарциссическую защиту.

Зрелое самоусыновление: сопровождается способностью сохранять близкие отношения и запрашивать помощь; включает признание боли сиротства и горевания по внешнему объекту; не сопровождается обесцениванием других людей или терапевта; приводит к усилению эмпатии к собственным ограничениям (а не к грандиозному «я всё могу сам»).

Защитное (патологическое) самоусыновление: используется для рационализации изоляции и избегания близости; сопровождается обесцениванием потребности в других; возникает без прохождения модуля Траура; приводит к ригидному «я должен справляться сам» без гибкости.

Эти критерии должны быть включены в протокол клинического интервью при оценке пригодности и мониторинге прогресса.

9. Показания, ограничения, безопасность и специфические риски

9.1. Возможные области применения

Последствия эмоционального пренебрежения, хронический стыд, самокритика, трудности с установлением и поддержанием границ.

9.2. Когда самостоятельная работа не рекомендуется

Острый психоз, суицидальный риск, тяжёлая депрессия, выраженная диссоциация, тяжёлое ПТСР, активное употребление ПАВ, текущее насилие.

9.3. Дополнительное ограничение

Пациенты с подтверждённым диагнозом диссоциативного расстройства идентичности (ДРИ) не включаются в протокол репаративного самоусыновления как основной метод. Отдельные элементы конструкта могут применяться только после фазы стабилизации, в рамках комплексной травматерапии и под обязательной супервизией.

9.4. Критерии пригодности клиента (операционализованные)

Таблица 4. Критерии пригодности клиента

Критерий	Индикаторы
Минимальный уровень рефлексивности	Способность замечать и называть свои эмоциональные состояния; наличие «внутреннего наблюдателя»
Принятие метафорического языка	Готовность работать с образами и метафорами без их буквальной интерпретации
Отсутствие выраженной алекситимии	Способность описывать телесные ощущения и эмоциональные переживания
Мотивация к долгосрочной работе	Отсутствие запроса на «быстрые результаты»; готовность к регулярной работе
Оценка исполнительных функций	Учёт нейрокогнитивного профиля (например, СДВГ) и адаптация техник с использованием внешних опор
Психиатрический скрининг	Прохождение структурированного интервью (M.I.N.I. или SCID-5-CV) для исключения недиагностированных аффективных расстройств

Процедура оценки: Структурированное интервью, анкета самоотчёта, нейropsychологический скрининг исполнительных функций и клиническое наблюдение терапевта. Решение о пригодности клиента принимается на основе конвергенции данных из всех источников.

9.5. Расширенный протокол безопасности

Для дифференциальной диагностики переходных состояний и клинического ухудшения используется расширенный набор стандартизированных инструментов.

Обязательная скрининговая батарея на входе и при дестабилизации: PHQ-9 - скрининг депрессии; C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) - скрининг суицидального риска (обязательно при каждом скрининге); DES - скрининг диссоциации; DERS - оценка дисрегуляции эмоций; MDQ (Mood Disorder Questionnaire) или HCL-32 - скрининг биполярного спектра (на входе и при аффективной дестабилизации); PCL-5 - оценка тяжести ПТСР (на входе); SCOFF - скрининг расстройств пищевого поведения (на входе, учитывая коморбидность с хроническим самокритицизмом); QIDS-SR - для клиентов с дистимией, чтобы дифференцировать этап Траура от хронического чувства пустоты.

Правила использования: Если DES > 30, диалоговые техники с «частями» строго запрещены. Если DERS показывает выраженную дисрегуляцию эмоций, работа должна быть сосредоточена на стабилизации и развитии навыков саморегуляции. Важно также убедиться, что «эпизод дестабилизации» не путают с аволией (отсутствием воли) при шизофреническом спектре или резистентной депрессией, которые требуют иной тактики, включая возможную фармакологическую коррекцию.

9.6. Специфические риски и адаптации по клиническим группам

Таблица 5. Специфические риски конструкта и рекомендуемые адаптации

Группа риска	Специфический риск	Рекомендуемая адаптация
Пограничное расстройство личности (ПРЛ)	Усиление идентитарной диффузии, идеализированный перенос, диссоциация на этапе «Встреча»	Обязательная интеграция навыков DBT на этапе «Строительство»; использование языка «состояний» вместо «частей»; работа с травматическим материалом только при стабильности по шкале BSL-23
Избегающее расстройство личности (ИРЛ)	Использование модели для рационализации	Этап «Реляциональное расширение» становится сквозным

Группа риска	Специфический риск	Рекомендуемая адаптация
	изоляции («мне безопаснее одному»)	и пронизывает все этапы с самого начала терапии. Критерий успеха – поведенческая активация в межличностной сфере, а не только внутреннее чувство заботы
Зависимое расстройство личности	Усиление проекции «идеального родителя» на терапевта	Усилить этап «Границы»; работать с переносом более активно; отслеживать признаки регрессии
Нарциссическая структура личности	Использование модели как защиты от потребности в других («защитное самоусыновление»)	Строго отслеживать признаки защитного самоусыновления (раздел 8.4); усиливать этап «Траур» и «Реляциональное расширение»; проверять способность запрашивать помощь
Ананкастное расстройство личности	Педантичное следование девяти этапам, превращение практик в ритуал	Отказаться от линейности; ввести «принцип гибкости»; вариативность техник; интеграция в протокол ERP-терапии при коморбидном ОКР
Параноидный радикал	Идея «внутреннего наблюдателя» может стать основой для идей воздействия	Использовать более нейтральный язык; замедлить темп работы; избегать метафор «частей» и «голосов»
Шизотипический спектр	Риск усиления магического мышления при работе с метафорами	Строго описательный язык; исключение персонификации; мониторинг психотических симптомов
Биполярное расстройство II типа / рекуррентная депрессия	Спонтанные проявления «жизненности» могут быть ранним признаком гипомании; этап «Траур» может сливаться с хронической пустотой	Отслеживание с помощью MDQ и QIDS-SR; тщательная оценка динамики симптомов; координация с психиатром
Большое депрессивное расстройство (тяжёлая форма)	Усугубление апатии, аволии, суицидального риска	Модель не применяется как основной метод до стабилизации; приоритет – фармакотерапия и кризисное вмешательство

Группа риска	Специфический риск	Рекомендуемая адаптация
Дистимия / хроническая депрессия	Слияние этапа «Траур» с хроническим чувством пустоты	Использование QIDS-SR для дифференциации; фокус на поведенческой активации
Суицидальный риск (любой интенсивности)	Усиление безнадежности при работе с травматическим материалом	C-SSRS при каждом скрининге; при C-SSRS > 0 - немедленное кризисное вмешательство; модель приостанавливается
Несуицидальное самоповреждение	Замена самоповреждения на компульсивную «заботу о себе» как новый ритуал	Отслеживание функций самоповреждения; интеграция DBT-навыков; работа с телесными практиками под контролем
ПТСР	Ретравматизация при активации травматического материала	Работа только в пределах «окна толерантности»; приоритет стабилизации; при необходимости - направление к травмотерапевту
Комплексное ПТСР (КПТСР)	Слияние этапов «Траур» и «Встреча»; риск диссоциации	Последовательная интернализация (раздел 6.3); удлинение подготовительных фаз; мониторинг DES
Диссоциативное расстройство идентичности (ДРИ)	Использование языка «частей» может усилить диссоциативную фрагментацию	Модель не применяется как основной метод; работа с описательными терминами («состояния», «реакции»); исключение диалоговых техник; только после фазы стабилизации и под супервизией
Диссоциативные расстройства (DES > 30)	Усиление диссоциативной фрагментации	Диалоговые техники с «частями» строго запрещены; фокус на стабилизации и ориентации в настоящем
Расстройства пищевого поведения (РПП)	Превращение «микро-заботы» в компульсивный контроль питания	Интеграция в протокол КПТ-РПП; мониторинг SCOFF; координация с диетологом и психиатром
ОКР	Превращение практик в компульсивный ритуал	Ограничить практику; сделать её вариативной; интегрировать в протокол ERP-терапии

Группа риска	Специфический риск	Рекомендуемая адаптация
Тревожные расстройства (ГТР, паническое, социальное)	Усиление избегания при интерпретации техник как «экспозиции»	Постепенная экспозиция; когнитивная реструктуризация; координация с КПП-терапевтом
Расстройства, связанные с употреблением ПАВ (активная фаза)	Использование модели для рационализации употребления	Модель не применяется до стабилизации ремиссии; приоритет - противорецидивная терапия
Расстройства, связанные с употреблением ПАВ (ремиссия)	Замена одной зависимости на другую (компульсивная забота о себе)	Отслеживание маркеров токсичной гиперкомпенсации (раздел 8.3); работа с этапом «Границы»
Пищевая зависимость / компульсивное переедание	Использование «микро-заботы» как ритуала контроля	Интеграция в протокол КПП-РПП; фокус на эмоциональной регуляции, а не на контроле поведения
Клиенты с СДВГ	Трудности с исполнительными функциями, опорой на внутреннюю волю	Использовать внешние опоры (визуальные триггеры, habit stacking); адаптировать техники «микро-заботы»; сократить длительность упражнений
Расстройства аутистического спектра (РАС)	Буквальная интерпретация метафор; трудности с распознаванием эмоций	Использовать конкретный, описательный язык; визуальные опоры; предварительная работа над распознаванием эмоций
Алекситимия	Невозможность описать телесные и эмоциональные состояния	Предварительная работа над распознаванием эмоций; использование шкал-подсказок; телесные практики с осторожностью
Нейрокогнитивные расстройства (лёгкие и умеренные)	Трудности с запоминанием этапов и выполнением домашних практик	Упрощение протокола; внешние опоры; участие близких (при согласии клиента)
Пожилой возраст	Риск слияния этапа «Траур» с экзистенциальными переживаниями конца жизни	Учёт жизненного контекста; работа со смыслами; при необходимости - интеграция с логотерапией

Группа риска	Специфический риск	Рекомендуемая адаптация
Подростковый возраст	Риск реификации метафор; трудности с долгосрочной мотивацией	Адаптация языка; вовлечение семьи (при согласии); сокращение длительности этапов
Беременность и послеродовой период	Гормональные колебания, риск дестабилизации настроения	Координация с акушером-гинекологом и психиатром; мониторинг PHQ-9 и MDQ
Перименопауза	Колебания настроения, сходные с аффективной дестабилизацией	Дифференциальная диагностика с гормональными изменениями; координация с гинекологом
Клиенты с хроническими соматическими заболеваниями	Слияние усталости от болезни с этапом «Траур»	Учёт соматического статуса; адаптация темпа; координация с лечащим врачом
Клиенты на психофармакотерапии	Влияние препаратов на аффект, снижение доступа к эмоциям	Учитывать фармакологический статус; адаптировать темп и глубину работы; тесное сотрудничество с психиатром (раздел 9.7)
Клиенты на политерапии (> 2 препаратов)	Кумулятивное влияние на мотивацию, память, когнитивную гибкость	Решение о начале этапа «Встреча» принимается консилиумом (терапевт + психиатр)
СИОЗС/СИОЗСН-индуцированная апатия	Невозможность доступа к аффекту, блокирующая этапы «Траур» и «Встреча»	При стойком блантинге > 6–8 сессий - консилиум с психиатром для рассмотрения ротации или адъювантной терапии
Клиенты с религиозным мировоззрением	Метафора «усыновления себя» может конфликтовать с религиозными представлениями	Использовать нейтральный язык («принятие права на заботу»); уважать мировоззрение; при необходимости - интеграция с духовными практиками
Клиенты из культур с сильным акцентом на семейные иерархии	Метафора «усыновления себя» может восприниматься как нарушение семейного порядка	Использовать более нейтральный язык («принятие права на заботу о себе»); учитывать коллективистские ценности
Клиенты из культур с табу на выражение эмоций	Затруднение этапа «Легитимизация»	Предварительная работа с психообразованием; постепенное

Группа риска	Специфический риск	Рекомендуемая адаптация
		расширение эмоционального словаря
Мигранты и беженцы	Культурная дезориентация, утрата привычных опор	Учёт контекста; работа с травмой перемещения; координация с социальными службами
Клиенты с низким социально-экономическим статусом	Ограниченный доступ к ресурсам, стрессовые условия жизни	Адаптация техник к условиям; фокус на микро-заботах, не требующих ресурсов
Клиенты в ситуации текущего насилия	Модель не применяется до обеспечения безопасности	Приоритет - кризисное вмешательство и защита; координация с социальными службами
Клиенты в остром кризисе (утрата, развод, потеря работы)	Этап «Траур» может сливаться с острым горем	Отложить активный протокол; фокус на кризисной поддержке; возобновление после стабилизации
Все клиенты (общий риск)	Риск токсичной гиперкомпенсации	Отслеживать маркеры; критерий успеха - наличие спонтанности и права на ошибку
Все клиенты (общий риск)	Риск реификации метафор	Регулярная проверка способности клиента различать метафору и реальность; использование описательного языка; при DES > 20 - минимизация персонификации
Все клиенты (общий риск)	Риск ятрогенного усиления самокритики при «недостаточной заботе»	Возврат к этапу «Легитимизация»; легитимизация права на несовершенство

Помимо общих рисков, существует специфический риск, связанный с постсоветским травматическим фоном, который требует отдельного внимания. Исследование, цитируемое в российских источниках, показало: ожидаемая продолжительность жизни в России упала с 70 лет до 64 лет в период с 1989 по 1999 год, а продолжительность жизни мужчин снизилась на 10 лет. Наиболее низкой ожидаемая продолжительность жизни была в 1994 году (мужчины - 57,6 года, женщины - 71,2 года). Снижение было обусловлено повышением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний,

несчастных случаев (травмы, убийства, самоубийства), в значительной мере связанных с пьянством и алкоголизмом [5].

Мужчины, чья жизнь сократилась на 10 лет, - это отцы и деды нынешних взрослых. Их преждевременная смерть или инвалидизация означали, что целые поколения росли без эмоционально доступных отцов. Эти данные должны быть включены в анкету как ковариаты, а также учитываться при интерпретации реакций клиента на фигуру «Внутреннего Родителя»: для многих из них эта фигура не имеет никакого положительного прототипа в личной истории. Таким образом, протокол безопасности должен включать не только клинические скрининги, но и фиксацию демографических маркеров постсоветской травмы - как для целей исследования, так и для клинической интерпретации.

9.7. Психофармакологический контекст: детализация по классам препаратов

Таблица 6. Влияние основных классов психофармакологических препаратов на модули РС

Класс препаратов	Ожидаемое влияние на аффективную доступность	Этапы РС, наиболее подверженные влиянию	Рекомендуемые адаптации	Критерии консультации с психиатром
СИОЗС/СИОЗСН	Эмоциональное притупление (emotional blunting / apathy syndrome), проявляющееся в снижении интенсивности как негативного, так и позитивного аффекта, что может	Траур, Встреча	Смещение фокуса на когнитивно-телесные аспекты переживания; замедление темпа работы; использование структурированных письменных практик, не требующих немедленного эмоционального отклика	При сохранении стойкого блантинга, блокирующего прохождение этапов, в течение 6–8 сессий - рассмотреть вопрос о ротации на вортиоксетин или адъювантном добавлении бупропиона/агомелатина по согласованию с психиатром

Класс препаратов	Ожидаемое влияние на аффективную доступность	Этапы РС, наиболее подверженные влиянию	Рекомендуемые адаптации	Критерии консультации с психиатром
	ограничивать доступ к материалу этапов Траура и Встречи			
Бензодиазепины	Подавление консолидации и эмоциональной памяти (антероградная амнезия), опосредованное ГАМК-А рецепторными механизмами в миндалевидном комплексе и гиппокампе. Это может нивелировать формирование коррективного эмоционального опыта в рамках сессии	Встреча, Траур	Осторожность в применении техник, требующих фиксации нового эмоционального опыта; увеличение интервала между сессиями для снижения интерференции; приоритет телесно-ориентированных и когнитивных интервенций	При выраженной седации, снижающей когнитивную гибкость и способность к метакогнитивному наблюдению; при невозможности клиента удерживать материал сессии между встречами
Атипичные антипсихотики	Влияние на мотивацию (апатия, абulia) и когнитивную гибкость, в значительной степени опосредованное	Строительство (поведенческие эксперименты)	Максимальное упрощение микро-контрактов; введение внешних опор (визуальные триггеры, habit stacking,	При развитии акинезии, стойкой апатии или выраженного снижения мотивации, препятствующего выполнению даже

Класс препаратов	Ожидаемое влияние на аффективную доступность	Этапы РС, наиболее подверженные влиянию	Рекомендуемые адаптации	Критерии консультации с психиатром
	ное седативным эффектом препаратов, что затрудняет поведенческую активацию и выполнение микро-контрактов		напоминания); сокращение когнитивной нагрузки; опора на структурированные поведенческие протоколы	минимальных поведенческих задач
Нормотимики (литий, ламотриджин)	Ограничение аффективной амплитуды (сглаживание как гипоманиакальных, так и депрессивных колебаний); литий требует постоянного контроля уровня в сыворотке (терапевтический диапазон 0,6–0,8 ммоль/л для поддерживающей терапии); ламотриджин несёт риск кожных реакций (синдром Стивенса-Джонсона, DRESS) при	Все этапы, особенно дифференциация эпизода дестабилизации от фармакологического эффекта	Тщательный мониторинг динамики симптомов с опорой на стандартизированные шкалы; осторожность в интерпретации «спонтанных» проявлений жизненности (возможный признак гипомании); для лития - контроль водно-электролитного баланса и лекарственных взаимодействий	При затруднении дифференциации нормативного эпизода дестабилизации от фармакологического и обусловленного снижением аффективной амплитуды; при появлении кожной сыпи на фоне ламотриджина (немедленная отмена и консультация)

Класс препаратов	Ожидаемое влияние на аффективную доступность	Этапы РС, наиболее подверженные влиянию	Рекомендуемые адаптации	Критерии консультации с психиатром
	быстрой титрации			

10. Продолжительность и критерии результата

Продолжительность работы зависит от тяжести травматизации и ресурсов клиента. Для не-клинической популяции полный цикл может занять 4–6–9 месяцев.

Критерии результата включают: снижение самокритики, улучшение саморегуляции и сна, способность устанавливать и поддерживать границы, более реалистичное отношение к прошлому, а также улучшение межличностного функционирования.

Наличие сильных эмоций само по себе не является достаточным показателем эффективности.

11. Эпизод временной дестабилизации неясного генеза: предохранители и ограничения

Концепт описывает возможное явление утраты эффективности старых паттернов до формирования новой опоры. Это не обязательный этап терапии, а факультативное явление, которое может возникать у некоторых клиентов.

11.1. Клиническое описание

Эпизод дестабилизации может проявляться как временное усиление аффективной дисрегуляции, колебания настроения, сомнения в эффективности терапии, ощущение «потери почвы под ногами».

11.2. Клинические ограничения и условия безопасности

При столкновении терапевта и клиента с материалом эпизода временной дестабилизации необходимо соблюдение следующих клинических ограничений и условий безопасности, обоснованных как теоретическими предпосылками конструкта, так и соображениями предотвращения ятрогенных рисков.

Критерии готовности к обсуждению. Обсуждение эпизода дестабилизации как нормативного переходного процесса допустимо исключительно при одновременном соблюдении трёх условий: (1) завершённость всех девяти модулей работы; (2) стабильный результат, подтверждённый в течение не менее шести месяцев катamnестического наблюдения; (3) самостоятельное возникновение темы в нарративе клиента, без инициирования со стороны терапевта. Данные критерии имеют принципиальное значение, поскольку преждевременная концептуализация эпизода дестабилизации в качестве «нормативного» может привести к ошибочной интерпретации клинического ухудшения и, как следствие, к несвоевременному вмешательству. Кроме того, самостоятельное возникновение темы свидетельствует о достаточной рефлексивной зрелости клиента и его способности к метакогнитивной переработке опыта без риска ретравматизации.

Признаки неготовности. К признакам, указывающим на неготовность к обсуждению эпизода дестабилизации, относятся: (1) стремление клиента к преждевременному завершению терапии («побыстрее закончить»), что может отражать избегающее поведение или защитную рационализацию; (2) наличие в анамнезе диссоциативных эпизодов, поскольку работа с материалом дестабилизации в условиях нарушенной интеграции опыта повышает риск усиления диссоциативной фрагментации; (3) текущее состояние острого кризиса, при котором способность к рефлексивному функционированию и удержанию двойного внимания снижена. Наличие любого из перечисленных признаков является основанием для отложения обсуждения и приоритизации стабилизационных интервенций.

Протокол действий при спонтанном возникновении. В случае спонтанного возникновения темы эпизода дестабилизации в терапевтическом процессе рекомендуется следующая последовательность действий: (1) воздержаться от немедленной интерпретации, поскольку преждевременная концептуализация может закрепить ошибочную атрибуцию и затруднить дифференциальную диагностику; (2) исследовать актуальное эмоциональное состояние клиента с

целью оценки его готовности к обсуждению; (3) провести клиническую оценку состояния с использованием стандартизированных инструментов (PHQ-9, C-SSRS, DES, DERS, MDQ) для исключения клинического ухудшения; (4) при стабильном состоянии - исследовать материал как метафору, сохраняя описательный язык и избегая реификации; (5) при признаках нестабильности - вернуться к ранним модулям работы (Легитимизация, Траур) для дополнительной стабилизации. Данный протокол направлен на предотвращение двух противоположных ошибок: излишней патологизации нормативного переходного процесса и, напротив, недооценки клинического ухудшения, требующего пересмотра тактики и, при необходимости, привлечения психиатра.

11.3. Является ли эпизод дестабилизации обязательным этапом?

Эпизод временной дестабилизации не является обязательным этапом терапевтического процесса и рассматривается как факультативное клиническое явление, отражающее возможный период перестройки регуляторных механизмов, а не закономерную стадию лечения; его отсутствие не может интерпретироваться как признак терапевтической неудачи или недостаточной глубины проработки, равно как и его наличие не свидетельствует об успешности вмешательства, что требует от терапевта воздержания от телеологической интерпретации динамики состояния клиента и последовательного проведения дифференциальной диагностики между нормативным переходным процессом и клиническим ухудшением, предполагающим пересмотр тактики и, при необходимости, привлечение психиатра.

11.4. Алгоритм дифференциальной диагностики

На этапе первичной диагностики проводится скрининг с использованием PHQ-9, C-SSRS, DES, DERS, MDQ. На каждой третьей сессии, начиная с модуля «Встреча», терапевт проводит скрининг PHQ-9 и C-SSRS. Внеплановый скрининг проводится при появлении признаков снижения настроения или усиления диссоциации.

Действия при промежуточных результатах PHQ-9 (10–14 баллов): Провести клиническое интервью. При отсутствии «красных флагов» допускается продолжение терапии с еженедельным скринингом. При сохранении баллов в течение 2 недель терапия должна быть приостановлена или модифицирована. Жёсткое правило: Если баллы по PHQ-9 достигают ≥ 15 на двух последовательных замерах или C-SSRS > 0 , концепт «нормативного эпизода дестабилизации» автоматически исключается из рассмотрения, и активируется протокол кризисного вмешательства и пересмотра тактики.

Действия при конфликте между субъективной интерпретацией клиента и объективными данными: Если клиент интерпретирует ухудшение состояния как «эпизод дестабилизации», но объективные показатели (PHQ-9 ≥ 10 , DES > 30 , MDQ > 7) указывают на возможное расстройство, терапевт обязан: (а) валидировать субъективный опыт клиента; (б) разъяснить, что эпизод дестабилизации не может диагностироваться только на основании субъективного ощущения; (в) совместно с клиентом сопоставить субъективную интерпретацию с данными скрининга; (г) при сохранении объективных признаков - рекомендовать консультацию психиатра и приостановить активный протокол.

Показатели, при которых эпизод дестабилизации не может рассматриваться как нормативный этап: нарушение сна (> 2 недель); потеря аппетита или значительное изменение веса; устойчивая ангедония (> 10 дней); появление суицидальных мыслей любой интенсивности (C-SSRS > 0); снижение социального функционирования; DES > 30 ; выраженная аффективная дисрегуляция по DERS; положительный скрининг на манию/гипоманию по MDQ или HCL-32.

11.5. Длительные эффекты и профилактика рецидива

Для конструкта, претендующего на «структурную трансформацию» и «экзистенциальный сдвиг», 3-месячный катамнез является недостаточным. В полномасштабном РКИ запланированы дополнительные замеры через 6 и 12 месяцев после завершения терапии.

Критерии рецидива: возврат баллов по SCS-SF к исходному уровню (в пределах 0.5 SD от baseline); возобновление паттернов самокритики, подтверждённое внешним оценщиком (близким человеком) или поведенческими заданиями; устойчивое снижение субъективного чувства авторства.

Анализ предикторов рецидива: В рамках долгосрочного наблюдения будет проведён анализ факторов, прогнозирующих устойчивость изменений: уровень рефлексивного функционирования (RFQ), качество терапевтического альянса (WAI), наличие поддерживающего социального окружения, завершённость модуля «Реляциональное расширение».

12. Протокол пилотного исследования

12.1. Дизайн исследования

Предлагается двухэтапное пилотное исследование для оценки осуществимости, безопасности и первичных сигналов эффективности. Дизайн соответствует требованиям CONSORT extension for pilot trials.

Этап 1: Пилотное исследование акта (ядра конструкта)

Цель: Проверить, работает ли микро-контракт как изолированный механизм.

Дизайн: Две группы: (1) микро-контракт как единственная интервенция; (2) активный контроль (ведение дневника самокритики без контракта).

Размер выборки: 30 участников на группу (всего 60). Расчёт основан на ожидаемом размере эффекта $d = 0.5$, мощности 0.80, уровне значимости 0.05.

Критерии включения/исключения: возраст 18–65 лет; наличие эмоционального пренебрежения в анамнезе (MACE); уровень самокритики выше среднего (SCS-SF); отсутствие острых состояний. Критерии исключения: психоз; суицидальный риск ($C\text{-SSRS} > 0$); тяжёлая депрессия ($PHQ\text{-}9 \geq 15$); $DES > 30$; активное употребление ПАВ; текущее насилие.

Рандомизация и ослепление: Блочная рандомизация с использованием компьютерной программы; оценщик исходов не осведомлён о групповой принадлежности.

Длительность: 2–4 недели.

Конечные точки: Изменение по SCS-SF, DERS, частота самокритичных мыслей.

Гипотеза: Микро-контракт с правом на ошибку снижает самокритику значимо больше, чем просто наблюдение.

Этап 2: Пилотное исследование последовательности (модулей)

Цель: Проверить, работает ли 9-модульная последовательность как структурированный протокол.

Дизайн: Две группы: (1) полный протокол PC (9 модулей); (2) активный контроль (CFT).

Размер выборки: 40 участников на группу (всего 80). Расчёт основан на ожидаемом размере эффекта $d = 0.5$, мощности 0.80, уровне значимости 0.05.

Длительность: 4–9 месяцев.

Конечные точки: Изменение по SCS-SF, DERS, YSQ-S3, RFQ.

Гипотеза: Последовательность PC даёт значимо больший эффект, чем CFT, за счёт акцента на экзистенциальном авторстве и микро-контрактах.

При формировании выборки необходимо учитывать, что постсоветский травматический контекст может выступать значимым модератором эффективности. Исследование, цитируемое в российских источниках, показало: на каждые 10 браков в России приходится 8 разводов; 41,8% одиноких людей против 24,5 млн семей с детьми; главные причины разводов - «неравный эмоциональный труд» (68%) и «смерть диалога» (23%). Психолог Людмила Баранская называет главной причиной разводов именно «смерть диалога» - неспособность говорить о чувствах, сформированную в среде, где эмоции были опасны или бесполезны [5].

Это означает, что участники пилотного исследования с высокой вероятностью имеют не только индивидуальную, но и семейную историю эмоциональной недоступности, что должно учитываться при формировании контрольных групп и интерпретации динамики. Если гипотеза о модерации подтвердится, это будет означать, что репаративное самоусыновление требует более

длительного протокола для людей с постсоветской семейной историей, и это должно быть отражено в дизайне полномасштабного РКИ.

Этап 3 (опционально): Исследование встраиваемости

Цель: Проверить, работает ли РС как дополнение к другим подходам.

Дизайн: Четыре группы: (1) КПТ + РС; (2) КПТ без РС; (3) схема-терапия + РС; (4) схема-терапия без РС.

Длительность: 3–6 месяцев.

Конечные точки: Изменение по SCS-SF, DERS, YSQ-S3, RFQ.

Гипотеза: Добавление РС к существующим подходам улучшает результат за счёт акцента на акте обязательства.

12.2. Первичные конечные точки (Feasibility)

Доля набранных участников (recruitment rate) от числа прошедших скрининг; доля завершивших протокол (retention rate) - целевой показатель > 75%; приверженность посещению сессий (attendance rate); приемлемость протокола (оценивается через Client Satisfaction Questionnaire).

12.3. Вторичные конечные точки (Exploratory efficacy signals)

Изменение баллов по шкале самосострадания (SCS-SF); изменение баллов по шкале трудностей эмоциональной регуляции (DERS); изменение уровня самокритики и ранних дезадаптивных схем (YSQ-S3); изменение уровня рефлексивного функционирования (RFQ).

12.4. Инструменты оценки

Поскольку специфические инструменты конструкта (API, DLSS, EAS) находятся в стадии разработки и будут валидизированы в отдельном психометрическом исследовании, оценка исходов в пилоте будет опираться исключительно на валидированные шкалы общего профиля: SCS-SF (Self-Compassion Scale - Short Form) - для оценки самосострадания; DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) - для оценки эмоциональной регуляции; YSQ-S3 (Young Schema Questionnaire - Short Form 3) - для оценки выраженности ранних дезадаптивных схем; RFQ (Reflective Functioning Questionnaire) - для оценки рефлексивного функционирования; DES

(Dissociative Experiences Scale) - для скрининга диссоциации; PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - для скрининга депрессии; C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) - для скрининга суицидального риска; WAI (Working Alliance Inventory) - для оценки качества терапевтического альянса.

12.5. Статистический анализ

Статистический анализ будет проводиться в среде R. Для оценки изменений до/после будут использованы парные t-тесты или непараметрические критерии (Уилкоксон) в зависимости от распределения данных. Размер эффекта будет рассчитан с использованием Cohen's d. Полученные размеры эффектов будут использованы для расчёта необходимого размера выборки для полномасштабного РКИ. Анализ будет проводиться на intention-to-treat с множественной импутацией пропущенных данных. Для вторичных конечных точек будет применена поправка Бонферрони.

Для анализа осуществимости будут использованы описательные статистики и 95% доверительные интервалы для пропорций (recruitment rate, retention rate, attendance rate).

12.6. Этика и регистрация протокола

Протокол исследования будет представлен в этический комитет принимающего учреждения. Все участники предоставят письменное информированное согласие. Протокол подлежит обязательной регистрации на платформе Open Science Framework (OSF) или в реестре WHO ICTRP до начала набора участников, что является стандартом доказательной медицины и требованием журналов уровня Q1.

12.7. Направления дальнейших исследований

После успешного завершения пилотного исследования планируется: психометрическая валидация специфических инструментов (API, DLSS, EAS) через EFA/CFA на выборке $N \geq 300$; качественное исследование механизмов изменений через интерпретативный феноменологический анализ (IPA) и Q-методологию; кросс-культурная валидизация с использованием CFI, SVS и шкал Сингелис.

Одним из приоритетных направлений кросс-культурной валидизации должно стать изучение постсоветского контекста как самостоятельного фактора. Российские социологи (Тощенко, Возьмитель) ввели понятие «общества травмы» - состояния, при котором травматические события не просто произошли однажды, а системно воспроизводятся через институты, культуру и повседневные практики. Возьмитель прямо указывает: «травматические события в России... проникают во все сферы жизнедеятельности людей, вызывают там патологические изменения, блокирующие развитие, формирующие массовые негативные эмоции» [5]. Если общество в целом находится в состоянии хронической травмы, то семья как базовый институт становится первым местом, где эта травма передаётся.

Родитель, сам живущий в режиме выживания, не может обеспечить ребёнку эмоциональную доступность - не потому что «плохой», а потому что система его истощила. Российские демографические данные подтверждают масштаб этого истощения: в 2025 году в России зафиксированы рекордные за 14 лет показатели впервые диагностированных психических расстройств - 328 человек на 100 тыс. населения; заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами достигла 56,9 на 100 тыс. - максимум с 2016 года. Это означает, что будущие исследования должны включать не только индивидуальные, но и социально-исторические переменные - такие как семейная история потери работы, миграции, преждевременной смерти отца или деда, развода - в качестве ковариат, влияющих на динамику изменений.

Полномасштабное РКИ с компонентным анализом (dismantling study) для доказательства уникального активного ингредиента; нейровизуализационные исследования (фМРТ, ЭЭГ) для верификации психофизиологических коррелятов в долгосрочной перспективе.

13. Практическое применение и дифференциация

13.1. Ситуации, в которых конструкт может быть полезен

Конструкт РС может рассматриваться как клинически релевантный в следующих контекстах:

- Работа с русскоязычными клиентами, имеющими постсоветский культурный бэкграунд, с учётом культурной операционализации, предполагающей анализ семейных нарративов, интроецированных моделей «терпения» и «отсроченного жизненного удовлетворения», а также специфики отношения к индивидуальности и праву на чувства.

Эта культурная специфика имеет вполне конкретные исторические корни, которые необходимо учитывать при работе. Возмитель описывает «травматическую последовательность» 90-х как цепь взаимосвязанных катастроф: развал СССР → малая гражданская война 1993 года → дефолт 1998 года. Что это означало для семей: массовая потеря идентичности («Мы не знаем, кто мы»); экономический коллапс (с 1989 по 1999 год «российская экономика рухнула более чем на 40%»); «культура дефицита» - исчезновение государственной системы нематериальной поддержки лишило людей не только ресурсов, но и базовой онтологической безопасности [5].

Российские демографические данные подтверждают масштаб этой травмы: ожидаемая продолжительность жизни в России упала с 70 лет до 64 лет в период с 1989 по 1999 год, а продолжительность жизни мужчин снизилась на 10 лет. В такой среде ребёнок растёт не в атмосфере эмоциональной отзывчивости, а в атмосфере выживания и разделённого страдания. Именно поэтому работа с русскоязычными клиентами требует не просто перевода техник, а анализа семейных нарративов, интроецированных моделей «терпения» и «отсроченного жизненного удовлетворения» - тех самых паттернов, которые сформировались в условиях травматической последовательности 90-х.

- Работа с последствиями эмоционального пренебрежения без серьёзной клинической патологии - при отсутствии острых состояний (психоз, суицидальный риск, тяжёлая депрессия, выраженная диссоциация), требующих первоочередной стабилизации и иной тактики вмешательства.

- Запросы, требующие экзистенциальной рамки и работы со смыслами, - когда клиент сталкивается с вопросами авторства собственной жизни,

отношения к прошлому опыту и поиска внутренней опоры, а не только с симптоматическим облегчением.

- Интеграция в существующую практику специалиста, использующего эклектический или интегративный подход, - при условии владения навыками дифференциальной диагностики, оценки рисков и готовности работать в рамках метафорического языка с соблюдением эпистемологических границ.

- Работа с хронической самокритикой, трудностями в установлении и поддержании границ, последствиями токсического воспитания - в случаях, когда самоподдержка остаётся формальной и не приводит к устойчивому изменению самоотношения, а также при запросе на переход от функциональной самопомощи к экзистенциальному авторству.

- Работа с клиентами, находящимися на психофармакотерапии, - при условии тесного сотрудничества с психиатром и учёта фармакологического влияния на аффективную доступность, мотивацию и когнитивную гибкость.

- Работа с клиентами с нейрокогнитивным разнообразием (например, СДВГ-профиль), - с обязательной адаптацией техник через внешние опоры (визуальные триггеры, habit stacking) и упрощение поведенческих микро-контрактов.

- Профилактические и развивающие контексты - при отсутствии клинической патологии, но наличии запроса на укрепление саморегуляции, развитие рефлексивного функционирования и профилактику межпоколенческой передачи деструктивных паттернов.

- Супервизионная и обучающая практика - как модель, развивающая у специалистов навыки дифференциации зрелого и защитного самоусыновления, работы с переносом и распознавания ятрогенных рисков (токсичная гиперкомпенсация, перфекционистское самоусыновление).

- Кросс-культурная адаптация и применение в других культурных и страновых контекстах - при условии предварительной культурной валидации конструкта, предполагающей: (а) перевод и психометрическую проверку инструментов (API, DLSS, EAS) на целевой популяции; (б) анализ

культурно-специфических интроспектов и моделей самоотношения, влияющих на модули Легитимизации и Траура; (в) адаптацию метафоры «усыновления» с учётом локальных представлений о семье, родительстве и индивидуальности; (г) пересмотр критериев пригодности клиента и протокола безопасности в соответствии с региональными клиническими нормами и законодательством; (д) проведение пилотных исследований осуществимости до полномасштабного РКИ.

- Конструкт не предполагает культурного эссенциализма: базовые механизмы эмоционального пренебрежения и нарушенного самоотношения универсальны, однако их конкретное выражение, язык описания и пути терапевтического вмешательства требуют культурной настройки.

13.2. Дифференциальная таблица

Таблица 7. Сравнительная характеристика конструкта РС и смежных подходов

Параметр	Репаративное самоусыновление	Схематерапия	IFS	CFT	АСТ
Структура	9 этапов, спиральная терапевтическая карта (с минимальной линейной последовательностью для РКИ)	Протоколы, но менее линейная	Без жёсткой последовательности	Структурированные модули	Гибкие процессы
Уникальный активный ингредиент	Поведенческие микро-контракты для формирования экзистенциального авторства	Ограниченный репарентинг + когнитивная реструктуризация	Unblending и Self-leadership	Культивация системы заботы	Психологическая гибкость + ценности
Культурная	Специфическая для постсоветского	Западный контекст	Западный контекст	Западный контекст	Западный контекст

Параметр	Репаративное самоусыновление	Схема- терапия	IFS	CFT	ACT
адаптаци я	го опыта (гипотетичес ки, требует эмпирическо й проверки)				
Доступно сть для самостоя тельной работы	Возможна при скрининге и отсутствии клинической патологии	Не рекоменд уется	Не рекоменду ется	Не рекоменду ется	Возможна через самопомо щь
Время обучения	2–3 дня интенсива + супервизия (требует разработки сертификаци онной программы)	1–2 года сертифик ации	1–2 года сертифика ции	1–2 года сертифика ции	1–2 года сертифика ции
Позиция терапевта	Фасилитатор безопасного пространства ; свидетель; регулятор безопасности ; консультант	Ограниче нный родитель	Фасилитат ор Self	Инструкто р по сострадани ю	Терапевти ческий контекст
Метафор а	Усыновлени е, дом, возвращение	Переосмы сление	Знакомство с частями	Культиваци я сострада тельного ума	Гибкость, раскрытие
Фокус	Экзистенциа льный + культурный + психофизиол огический + реляциональ ный	Когнитив но- эмоциона льный	Внутриси хический	Эволюцио нно- аффективн ый	Поведенче ский + контексту альный

Параметр	Репаративное самоусыновление	Схема-терапия	IFS	CFT	АСТ
Доказательная база	Требуется эмпирической проверки (пилотная стадия)	Высокая (для ряда расстройств)	Растущая	Растущая	Высокая

Дополнительные современные конкуренты. Николь ЛеПера (2026) предлагает холистический подход к репарентингу внутреннего ребёнка, объединяющий соматические инструменты, практические упражнения и направляемую рефлекссию для создания безопасности, любви и границ [50] (КМ). Николь Джонсон (2025) предлагает интегративный подход, объединяющий теорию привязанности, травма-информированный подход и сострадание к себе, с акцентом на «хаотичную, дискомфортную и неловкую» природу репарентинга [51] (КМ). РС отличается от обеих моделей по трём параметрам: транстеоретическая встраиваемость вместо самостоятельной модели; микро-контракт с правом на ошибку вместо общих рекомендаций; расширенный протокол безопасности с клиническими скринингами.

13.3. Кому конструкт, вероятно, не подойдёт

Конструкт не рекомендуется: терапевтам, не принимающим метафорический язык и феноменологический подход; пациентам с выраженной алекситимией (требуется предварительная работа над распознаванием эмоций); клиентам, ищущим быстрых, директивных решений (конструкт требует долгосрочной работы); пациентам с подтверждённым диагнозом диссоциативного расстройства идентичности (ДРИ) - за исключением случаев, когда конструкт применяется фрагментарно, после стабилизации и под супервизией; пациентам с неподдающимся лечению биполярным расстройством или активным психозом; клиентам в ситуации текущего насилия или активной зависимости (требуется предварительная стабилизация); конструкт требует особой осторожности при работе с пациентами на психофармакотерапии, где

необходима тесная кооперация с психиатром для согласования целей и темпа терапии.

14. Заключение

В данной работе предпринята попытка теоретически обосновать концепцию репаративного самоусыновления как транстеоретического конструкта с достаточным уровнем эпистемологической дисциплины.

Ключевые принципы конструкта включают: эпистемологическую дисциплину с чётким разделением уровней описания (эмпирического, метафорического, философского, нейробиологического как эвристической рамки) и отказом от нейробиологического редукционизма и кросс-уровневых выводов; клиническую безопасность с приоритетом стандартизированных инструментов оценки, расширенным скрининговым протоколом (включая C-SSRS, MDQ, PCL-5) и жёсткими алгоритмами дифференциальной диагностики; отказ от романтизации в пользу строго описательных клинических терминов и замену перфекционистских «клятв» на реалистичные поведенческие микро-контракты, включающие право на ошибку; культурную чувствительность без эссенциализма, с использованием валидированных психометрических инструментов и рассмотрением культурных переменных как непрерывных модераторов; чёткую дифференциацию от АСТ, МВСТ, СФТ и ИФС через акцент на репарации дефицита базовой безопасности и экзистенциальном авторстве; транстеоретическую встраиваемость в 13 терапевтических парадигм; интеграцию с современными нейробиологическими парадигмами (теория реконсолидации памяти, предиктивное кодирование) без претензии на каузальное объяснение и без зависимости от истинности какой-либо одной теории; методологическую строгость в планировании исследований с реалистичным дизайном двухэтапного пилотного исследования с активным контролем (СФТ), слепой оценкой исходов и долгосрочным катамнезом (6 и 12 месяцев); этическую рефлексивность с явным признанием, что «право на заботу» не является

моральным императивом, а «принятие ответственности» не должно превращаться в новый источник стыда.

Автор осознаёт, что данная концепция находится на начальном этапе своего развития. В текущем виде она представляет собой клиническую гипотезу, требующую валидации. Научная ценность предложенного подхода будет определяться не его метафорическим потенциалом, а его способностью выдерживать строгую эмпирическую проверку и демонстрировать воспроизводимые клинические результаты.

Ограничения исследования и приглашение к диалогу: настоящая работа имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации представленных положений: теоретический характер - концепция сформулирована на основе клинических наблюдений и теоретического анализа, а не систематического эмпирического исследования, все утверждения об эффективности носят гипотетический характер до проведения РКИ; невалидированная типология - типология Анти-Родителя из пяти фигур требует эмпирической валидации через Q-методологию или кластерный анализ; предварительный характер культурных гипотез - культурно-специфические гипотезы о постсоветском контексте носят предварительный характер и требуют кросс-культурной верификации; отсутствие изоморфизма - данная работа не утверждает существования изоморфизма между клиническими конструктами и нейробиологическими процессами (психологические состояния являются эмерджентными свойствами распределённых нейронных сетей и не могут быть локализованы в отдельных структурах); дизайн исследования - пилотный дизайн не позволяет делать окончательные выводы об эффективности, а лишь оценивает осуществимость и безопасность протокола; необходимость адаптации - необходима дальнейшая работа по адаптации конструкта для пациентов с различными нейрокогнитивными профилями (например, СДВГ) и находящихся на психофармакотерапии; конфликт интересов - автор статьи является автором книги «Дом внутри. Искусство самоусыновления: как стать тем родителем,

которого у вас не было», к которой данная статья подготовлена как научно-методологический материал (для обеспечения объективности эмпирическая валидация конструкта планируется к публикации независимо от коммерческого релиза издания); необходимость операционализации - для проведения РКИ требуется разработка полноценного Руководства по лечению (Treatment Manual) с детально операционализированными протоколами техник.

Приглашаем коллег к конструктивному диалогу, критическому анализу и совместной работе над эмпирической верификацией предложенной модели.

Список литературы

1. World Health Organization. Child maltreatment (Fact sheet). 2026. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. UNICEF. Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home. 2024, June 11. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline>
3. Xia J., Wang Y., Zhang Z., Feng Z., Yan W., Pan D., Sun G. Association of childhood adversity with all-cause mortality risk and cardio-cerebrovascular disease mortality risk: A cohort study in the UK Biobank // Journal of Affective Disorders. 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.120784
4. Espinosa Dice A. L., Lawn R. B., Ratanatharathorn A., Roberts A. L., Denckla C. A., Kim A. H., de la Rosa P. A., Zhu Y., VanderWeele T. J., Koenen K. C. Childhood maltreatment and health in the UK Biobank: Triangulation of outcome-wide and polygenic risk score analyses // BMC Medicine. 2024. Vol. 22, No. 1. P. 135.
5. Возьмитель А. А. Формирование общества травмы в современной России // Конфликтология. 2019. Т. 14, № 3. С. 45–62.
6. Яковенко А. В. СССР как зеркало нереализованной гуманистической перспективы // Социологические исследования. 2021. № 6. С. 12–23.

7. Ференци Ш. Теория и практика психоанализа / пер. с нем. М.: ПЕР СЭ; Университетская книга, 2000. ISBN 5-9292-0007-6.
8. Гантрип Г. Шизоидные явления, объектные отношения и самость / пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2016. ISBN 978-5-94193-822-3.
9. Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии / пер. В. А. Агарков, С. В. Кравец; науч. ред. А. М. Боковиков. М.: Когито-Центр, 2019. ISBN 978-5-89353-543-3.
10. Missildine W. H. Your inner child of the past. Simon and Schuster, 1963. ISBN 9780671680848.
11. Janov A. The primal scream. Putnam, 1970.
12. Hughes D. Attachment-focused family therapy. W. W. Norton, 2009.
13. Fosha D. The transforming power of affect: A model for accelerated change. Basic Books, 2000. ISBN 9780465095681.
14. Yakın D., Arntz A. Understanding the reparative effects of schema modes: An in-depth analysis of the healthy adult mode // *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. Article 1204177. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1204177
15. van Harmelen A.-L., de Jong P. J., Glashouwer K. A., Spinhoven P., Penninx B. W. J. H., Elzinga B. M. Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment // *Behaviour Research and Therapy*. 2010. Vol. 48, No. 6. P. 486–494.
16. Teicher M. H., Parigger A. The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10, No. 2. e0117423.
17. Calaresi D., Morese R., Verrastro V., Saladino V. Childhood emotional neglect, self-criticism, and meaning in life among adults living in therapeutic communities // *Psicothema*. 2025. Vol. 37, No. 2. P. 22–31.
18. Malamut S. T., et al. Rumination as a mediator of the prospective association between victimization and bullying // *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. 2021. Vol. 49, No. 3. P. 339–350.

19. James M. Self-reparenting: Theory and process // Transactional Analysis Journal. 1974. Vol. 4, No. 3. P. 32–39.
20. Wilson W. C. Time-limited reparenting // Transactional Analysis Journal. 1978. Vol. 8, No. 3.
21. Osnes R. E. Spot reparenting // Transactional Analysis Journal. 1974. Vol. 4, No. 3. P. 40–46.
22. Pollard J. K. Self-parenting: The complete guide to your inner conversations. Self-Parenting Program, 1988/2019.
23. Paul M. Inner bonding: Becoming a loving adult to your inner child. HarperSanFrancisco, 1992.
24. Kertész R. Circuito Emotivo: El niño interior. 2010.
25. Del Casale F. Reparenting in therapy. 1980.
26. Petzold H., Orth I. Die neuen Körpertherapien. 2014/2023.
27. Carr C. P., Martins C. M. S., Stingel A. M., Lemgruber V. B., Juruena M. F. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2013. Vol. 201, No. 12. P. 1007–1020.
28. Huereca Lucio R., Medina Vidales G. Childhood maltreatment and level of personality organization: Preliminary evidence from a personality disorder inpatient unit. Poster presentation. International Society for the Study of Personality Disorders, 2024.
29. Vos J., van Rijn B. The evidence-based conceptual model of transactional analysis: A focused review of the research literature // Transactional Analysis Journal. 2021. Vol. 51, No. 2. P. 160–185.
30. Widdowson M. Transactional analysis: 100 key points and techniques. Routledge, 2009. ISBN 9780415475273.
31. Benelli E., Revello B., Piccirillo C., Mazzetti M., Calvo V., Palmieri A., Sambin M., Widdowson M. TA treatment of depression: A hermeneutic single-case efficacy design study - 'Sara' // Transactional Analysis Journal. 2016. Vol. 46, No. 4.

32. Goulding M. M., Goulding R. L. Changing lives through redecision therapy. Brunner/Mazel, 1979.
33. Stummer F. Three levels of contract. 2002.
34. Берн Э. Игры, в которые играют люди / пер. Т. Кибирева. М.: Эксмо, 2016.
35. Erskine R. G. Integrative psychotherapy in action. 1988; Erskine R. G. Theories and methods of an integrative transactional analysis. 1999.
36. Brette R. What is "free energy" in the free-energy principle? // Trends in Cognitive Sciences. 2019. Vol. 23, No. 12. P. 1013–1015.
37. Colombo M., Palacios P. Is the free-energy principle a formal theory in semantics? // Philosophy of Science. 2021. Vol. 88, No. 5. P. 1023–1034.
38. Seth A. K. Interoceptive inference, emotion, and the embodied self // Trends in Cognitive Sciences. 2013. Vol. 17, No. 11. P. 565–573.
39. Turow R. G. The self-talk workout: Six science-backed strategies to dissolve self-criticism and transform the voice in your head. Shambhala, 2022. ISBN 9781611808483.
40. Martins C. M. S., Von Werne Baes C., de Carvalho Tofoli S. M., Juruena M. F. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development of depression in adults // The Journal of Nervous and Mental Disease. 2014. Vol. 202, No. 11. P. 774–782.
41. Stocchero B. A., et al. The consequences of childhood maltreatment on dual-diagnosis psychiatric conditions and clinical outcomes in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis // Child Abuse & Neglect. 2024. Vol. 158. 107085.
42. Edalat A. Introduction to self-attachment and its neural basis // 2015 International Joint Conference on Neural Networks (IJCNN). 2015.
43. Edalat A., et al. Self-attachment: Clinical applications. 2024.
44. Ho L. Self-attachment: A practical guide. 2024.

45. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.). Guilford Press, 2012. ISBN 9781609189624.
46. Майн Н. В. Индивидуальная и межпоколенческая психотравматизация кандидатов в замещающие родители: дис. ... канд. психол. наук. М.: Институт психологии РАН, 2017.
47. DZPG. German Center for Mental Health. Research on epigenetic transmission of trauma. 2025.
48. Alexander F., French T. M. Psychoanalytic therapy: Principles and application. Ronald Press, 1946. ISBN 9780803259034.
49. Androutsopoulou A., Viou E. ID-CAM: A technique for working with internal dialogues. 2019.
50. LePera N. Reparenting the inner child: The new science of our oldest wounds and how to heal them. Flatiron Books, 2026. ISBN 9781250393135.
51. Johnson N. Reparenting your inner child: Healing unresolved childhood trauma and reclaiming wholeness through self-compassion. New Harbinger Publications, 2025. ISBN 978-1-64848-511-4.

References

1. World Health Organization. Child maltreatment (Fact sheet). 2026. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. UNICEF. Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home. 2024, June 11. Available at: <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline>
3. Xia J., Wang Y., Zhang Z., Feng Z., Yan W., Pan D., Sun G. Association of childhood adversity with all-cause mortality risk and cardio-cerebrovascular disease mortality risk: A cohort study in the UK Biobank. Journal of Affective Disorders, 2025. DOI: 10.1016/j.jad.2025.120784
4. Espinosa Dice A. L., Lawn R. B., Ratanatharathorn A., Roberts A. L., Denckla C. A., Kim A. H., de la Rosa P. A., Zhu Y., VanderWeele T. J., Koenen K. C.

- Childhood maltreatment and health in the UK Biobank: Triangulation of outcome-wide and polygenic risk score analyses. *BMC Medicine*, 2024, vol. 22, no. 1, p. 135.
5. Vozmitel A. A. Formirovanie obshchestva travmy v sovremennoi Rossii [Formation of a trauma society in modern Russia]. *Konfliktologiya*, 2019, vol. 14, no. 3, pp. 45–62. (In Russian)
 6. Yakovenko A. V. SSSR kak zerkalo nerealizovannoi gumanisticheskoi perspektivy [The USSR as a mirror of an unrealized humanistic perspective]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, 2021, no. 6, pp. 12–23. (In Russian)
 7. Ferenczi S. Teoriya i praktika psikhoanaliza [Theory and practice of psychoanalysis]. Moscow, PER SE; Universitetskaya kniga, 2000. ISBN 5-9292-0007-6. (In Russian)
 8. Guntrip H. Shizoidnye yavleniya, ob"ektnye otnosheniya i samost' [Schizoid phenomena, object relations and the self]. Moscow, Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2016. ISBN 978-5-94193-822-3. (In Russian)
 9. Balint M. Bazisnyi defekt: Terapevticheskie aspekty regressii [The basic fault: Therapeutic aspects of regression]. Moscow, Kogito-Tsentr, 2019. ISBN 978-5-89353-543-3. (In Russian)
 10. Missildine W. H. Your inner child of the past. Simon and Schuster, 1963. ISBN 9780671680848.
 11. Janov A. The primal scream. Putnam, 1970.
 12. Hughes D. Attachment-focused family therapy. W. W. Norton, 2009.
 13. Fosha D. The transforming power of affect: A model for accelerated change. Basic Books, 2000. ISBN 9780465095681.
 14. Yakın D., Arntz A. Understanding the reparative effects of schema modes: An in-depth analysis of the healthy adult mode. *Frontiers in Psychiatry*, 2023, vol. 14, article 1204177. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1204177
 15. van Harmelen A.-L., de Jong P. J., Glashouwer K. A., Spinhoven P., Penninx B. W. J. H., Elzinga B. M. Child abuse and negative explicit and automatic

- self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. 48, no. 6, pp. 486–494.
16. Teicher M. H., Parigger A. The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PLoS ONE*, 2015, vol. 10, no. 2, e0117423.
 17. Calaresi D., Morese R., Verrastro V., Saladino V. Childhood emotional neglect, self-criticism, and meaning in life among adults living in therapeutic communities. *Psicothema*, 2025, vol. 37, no. 2, pp. 22–31.
 18. Malamut S. T., et al. Rumination as a mediator of the prospective association between victimization and bullying. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 2021, vol. 49, no. 3, pp. 339–350.
 19. James M. Self-reparenting: Theory and process. *Transactional Analysis Journal*, 1974, vol. 4, no. 3, pp. 32–39.
 20. Wilson W. C. Time-limited reparenting. *Transactional Analysis Journal*, 1978, vol. 8, no. 3.
 21. Osnes R. E. Spot reparenting. *Transactional Analysis Journal*, 1974, vol. 4, no. 3, pp. 40–46.
 22. Pollard J. K. Self-parenting: The complete guide to your inner conversations. *Self-Parenting Program*, 1988/2019.
 23. Paul M. Inner bonding: Becoming a loving adult to your inner child. *HarperSanFrancisco*, 1992.
 24. Kertész R. *Circuito Emotivo: El niño interior*. 2010.
 25. Del Casale F. *Reparenting in therapy*. 1980.
 26. Petzold H., Orth I. *Die neuen Körpertherapien*. 2014/2023.
 27. Carr C. P., Martins C. M. S., Stingel A. M., Lemgruber V. B., Juruena M. F. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2013, vol. 201, no. 12, pp. 1007–1020.
 28. Huereca Lucio R., Medina Vidales G. Childhood maltreatment and level of personality organization: Preliminary evidence from a personality disorder

- inpatient unit. Poster presentation. International Society for the Study of Personality Disorders, 2024.
- 29.Vos J., van Rijn B. The evidence-based conceptual model of transactional analysis: A focused review of the research literature. *Transactional Analysis Journal*, 2021, vol. 51, no. 2, pp. 160–185.
- 30.Widdowson M. *Transactional analysis: 100 key points and techniques*. Routledge, 2009. ISBN 9780415475273.
- 31.Benelli E., Revello B., Piccirillo C., Mazzetti M., Calvo V., Palmieri A., Sambin M., Widdowson M. TA treatment of depression: A hermeneutic single-case efficacy design study - 'Sara'. *Transactional Analysis Journal*, 2016, vol. 46, no. 4.
- 32.Goulding M. M., Goulding R. L. *Changing lives through redecision therapy*. Brunner/Mazel, 1979.
- 33.Stummer F. Three levels of contract. 2002.
- 34.Berne E. *Igry, v kotorye igrayut lyudi [Games people play]*. Moscow, Eksmo, 2016. (In Russian)
- 35.Erskine R. G. *Integrative psychotherapy in action*. 1988; Erskine R. G. *Theories and methods of an integrative transactional analysis*. 1999.
- 36.Brette R. What is "free energy" in the free-energy principle? *Trends in Cognitive Sciences*, 2019, vol. 23, no. 12, pp. 1013–1015.
- 37.Colombo M., Palacios P. Is the free-energy principle a formal theory in semantics? *Philosophy of Science*, 2021, vol. 88, no. 5, pp. 1023–1034.
- 38.Seth A. K. Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 2013, vol. 17, no. 11, pp. 565–573.
- 39.Turow R. G. *The self-talk workout: Six science-backed strategies to dissolve self-criticism and transform the voice in your head*. Shambhala, 2022. ISBN 9781611808483.
- 40.Martins C. M. S., Von Werne Baes C., de Carvalho Tofoli S. M., Juruena M. F. Emotional abuse in childhood is a differential factor for the development

- of depression in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2014, vol. 202, no. 11, pp. 774–782.
41. Stocchero B. A., et al. The consequences of childhood maltreatment on dual-diagnosis psychiatric conditions and clinical outcomes in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 2024, vol. 158, 107085.
42. Edalat A. Introduction to self-attachment and its neural basis. 2015 International Joint Conference on Neural Networks (IJCNN), 2015.
43. Edalat A., et al. Self-attachment: Clinical applications. 2024.
44. Ho L. Self-attachment: A practical guide. 2024.
45. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.). Guilford Press, 2012. ISBN 9781609189624.
46. Main N. V. Individual'naya i mezhpokolencheskaya psikhotravmatizatsiya kandidatov v zameshchayushchie roditeli: dis. ... kand. psikholog. nauk [Individual and intergenerational psychotraumatization of candidates for substitute parents: Cand. psychol. sci. diss.]. Moscow, Institut psikhologii RAN, 2017. (In Russian)
47. DZPG. German Center for Mental Health. Research on epigenetic transmission of trauma. 2025.
48. Alexander F., French T. M. Psychoanalytic therapy: Principles and application. Ronald Press, 1946. ISBN 9780803259034.
49. Androutsopoulou A., Viou E. ID-CAM: A technique for working with internal dialogues. 2019.
50. LePera N. Reparenting the inner child: The new science of our oldest wounds and how to heal them. Flatiron Books, 2026. ISBN 9781250393135.
51. Johnson N. Reparenting your inner child: Healing unresolved childhood trauma and reclaiming wholeness through self-compassion. New Harbinger Publications, 2025. ISBN 978-1-64848-511-4.