

# Вступ до когнітивної психотерапії розладів особистості

Психотерапія пацієнтів з різноманітними розладами особистості обговорювалась у клінічній літературі з моменту виникнення психотерапії. Розглянуті Фройдом класичні випадки Анни О. [Breuer & Freud, 1893-1895/1955] та людини-щура [Freud, 1909/1955] згідно сучасних критеріїв можна діагностувати як розлади особистості. Визначення та параметри для розуміння цих серйозних хронічних станів було сформульовано у “Посібнику з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів” (DSM-I) Американської психіатричної асоціації [APA, 1952], а далі розширено та вдосконалено, що відображено у найновішій версії цього посібника (DSM-III-R) [APA, 1987]<sup>1</sup>. Більшість літератури з психотерапевтичного лікування розладів особистості з’явилася не так давно, але кількість таких робіт швидко зростає. Головною теоретичною орієнтацією у існуючій літературі з розладів особистості, так само, як і у психотерапевтичній літературі взагалі, завжди була психоаналітична [Abend, Porder, & Willick, 1983; Chatham, 1985; Goldstein, 1985; Gunderson, 1984; Horowitz, 1977; Kernberg, 1975, 1984; Lion, 1981; Masterson, 1978, 1980, 1985; Reid, 1981; Saul & Warner, 1982; Waldinger & Gunderson, 1987].

<sup>1</sup> Дані вказано на момент виходу оригіналу. Наразі найновішим виданням DSM є DSM-V. — Приміт. ред.

## Когнітивно-поведінковий підхід до розладів особистості

Останнім часом поведінкові [Linehan, 1987a, b; Linehan, Armstrong, Allmon, Suarez, & Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suarez, & Allmon, 1988] та когнітивно-поведінкові психотерапевти [Fleming, 1983, 1985; Fleming & Pretzer, in press; Freeman, 1988a, b; Freeman & Leaf, 1989; Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 1990; Pretzer, 1983, 1985, 1988; Pretzer & Fleming, 1989; Young & Swift, 1988] почали формулювати та пропонувати когнітивно-поведінковий підхід до лікування. Книга Міллона [Millon, 1981] є однією з небагатьох робіт у галузі розладів особистості, що має соціально-поведінковий напрямок. На початку свого розвитку когнітивно-поведінковий підхід використовував ідеї “его-аналітиків”, почерпнуті з робіт Адлера, Горні, Саллівана та Франкла. Хоча ці психотерапевтичні нововведення розглядалися психоаналітиками як радикальні, когнітивна психотерапія на ранніх етапах була багато в чому “інсайт-терапією”, у якій значною мірою використовувалися інтроспективні методи, призначені для змінення “особистості” пацієнта [Ellis, 1962; Beck, 1967]. Спираючись на ці ранні роботи, Бек [Beck, 1963, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Emery with Greenberg, 1985] та Елліс [Ellis 1957a, b, 1958] стали першими, хто почав використовувати широкий діапазон поведінкових методів лікування, включно з виконанням у природних умовах структурованих домашніх завдань. Вони постійно вказували на психотерапевтичну дію когнітивних та поведінкових методів не лише на симптоми, але також і на когнітивні “схеми” чи переконання, що контролюють поведінку. Когнітивні психотерапевти працюють на двох рівнях: структури симптому (прояв проблем) та схеми, що лежить в його основі (структури, що мають на увазі). Більшість досліджень психотерапевтичної практики свідчать про те, що пацієнти зазвичай мають основні чи “глибинні” проблеми, які є центральними як для когнітивних порушень (наприклад, негативна Я-концепція), так і для проблемної поведінки (наприклад, залежна поведінка) [Frank, 1973]. Когнітивна модель психотерапії постулює тезу про те, що важливі когнітивні структури є категоріально та

ієрархічно організованими. Широкий діапазон проблем пацієнта може бути віднесено до одного класу, і на ці проблеми можуть вплинути зміни у одній чи кількох схемах. Це формулювання відповідає основним сучасним теоріям когнітивної структури та когнітивного розвитку, причому всі вони підкреслюють значення схем. У даному контексті терміни “схеми”, “правила” та “основні переконання” використовуються більш-менш із можливістю взаємної заміни. Більш жорстко, “схеми” є когнітивними структурами, які організують досвід та поведінку; “переконання” та “правила” відображають зміст схем та, як наслідок, визначають зміст мислення, емоцій та поведінки. Явища на кшталт автоматичних думок розглядаються як продукт схеми [Beck et al., 1979] як детермінант поведінки, що регулюється правилами [Neisser, 1976; Piaget, 1970, 1974, 1976, 1978; Schank & Abelson, 1977]. Схеми визначають фокусування, напрямок та якість життя у звичайних та непередбачених обставинах.

Теоретики когнітивної психотерапії, так само, як і психоаналітики, вважають, що зазвичай за лікування розладів особистості більш продуктивним є виявляти та змінювати “глибинні” проблеми. Ці дві школи відрізняються у поглядах на характер глибинної структури, і відмінність полягає у тому, що представники психоаналітичної школи вважають ці структури несвідомими та важкодоступними для пацієнта. Навпаки, когнітивні психотерапевти дотримуються думки, що дані явища значною мірою усвідомлюються [Ingram & Hollon, 1986] та за спеціальної підготовки можуть бути ще більш доступними для усвідомлення. Дисфункціональні почуття та поведінка (згідно теорії когнітивної психотерапії) значною мірою обумовлені певними схемами, які лежать в основі викривлених суджень та тенденції припускатися когнітивних помилок у деяких типах ситуацій, що є притаманною для таких схем. Основна ідея когнітивної моделі психотерапії полягає у тому, що головним джерелом дисфункційних емоцій та поведінки у дорослих є помилки атрибуції, а не відхилення у мотивації чи реакція [Hollon, Kendall, & Lumry, 1986; Mathews & MacLeod, 1986; MacLeod, Mathews, & Tata, 1986; Zwemer & Deffenbacher, 1984]. В іншій роботі було показано, що у дітей клінічні когнітивні патерни пов’язані із психопатологією так само, як

співвідносяться між собою когнітивні та емоційні патерни, що зазвичай виявляються серед дорослих [Beardslee, Bemporad, Keller, & Klerman, 1983; Leitenberg, Yost, & Carroll Wilson, 1986; Quay, Routh, & Shapiro, 1987; Ward, Friedlander, & Silverman, 1987], та що у дітей та дорослих ефективна когнітивна психотерапія може проводитися у схожий спосіб [DiGiuseppe, 1983, 1986, 1989].

Через довгострокову природу характерологічних проблем у пацієнтів з порушеннями особистості, ухилення від психотерапії, яке є розповсюдженим серед них, часте направлення на лікування в результаті тиску сім'ї чи вимог закону та їхнє видиме небажання змінюватися, саме ці пацієнти зазвичай є найбільш складними серед клієнттури клініциста. В цілому, вони потребують більшої роботи у межах сесії, більш тривалого часу психотерапії, більшої напруги сил, енергії та терпіння психотерапевта, ніж більшість інших пацієнтів. З цієї причини за роботи з такими пацієнтами нерідко ефект від психотерапії є невеликим, виникають труднощі у отриманні згоди на лікування, спостерігаються невисокі темпи змін та низький рівень задоволеності як терапевта, так і пацієнта.

Ці пацієнти, звертаючись по допомогу, зазвичай говорять про проблеми, що не пов'язані з їхньою особистістю, найчастіше скаржачись на депресію та тривогу, які за класифікацією DSM-III-R належать до Осі I. Такі скарги на депресію та тривогу можуть або не мати стосунку до патернів Осі II, або впливати з особистісних розладів Осі II та підтримуватися ними. Курс психотерапії є набагато складнішим, коли існує комбінація психічних порушень, що належать до Осі I та Осі II. У когнітивній психотерапії розладів особистості повинні бути змінені тривалість лікування, частота психотерапевтичних сесій, цілі та очікування психотерапевта і пацієнта, а також доступні методи та стратегії. Враховуючи труднощі, що притаманні роботі з розладами особистості, дивно, наскільки стан цих пацієнтів покращується в результаті застосування модифікованого когнітивного підходу до психотерапії, описаного у цій книзі.

Пацієнти з розладами особистості часто розглядають труднощі, з якими вони стикаються за спілкування з іншими людьми чи за виконання якихось задач, як зовнішні по відношенню до них та

загалом такі, що не залежать від їхньої поведінки. Вони часто говорять про себе як про жертву інших людей чи, більш глобально, “системи”. Такі пацієнти часто не мають уявлення про те, як вони стали такими, якими є, як вони створюють собі проблеми чи як їм змінитися. Цих пацієнтів часто направляють на лікування члени їхніх родин чи друзі, які розпізнають дисфункціональні патерни чи більше не можуть впоратися з цими людьми. Деяких пацієнтів направляють на лікування за рішенням суду. Людям з останньої групи часто надають вибір, наприклад, йти до тюрми чи до психотерапевта [Henn, Herjanic, & VanderPearl, 1976; Moore, Zusman, & Root, 1984].

Інші пацієнти добре усвідомлюють згубний характер своїх особистісних проблем (наприклад, надмірна залежність, різноманітні комплекси, надмірне уникання), але не розуміють, як вони дійшли до цього стану чи як їм змінитися. Деякі пацієнти можуть розуміти етіологію своїх особистісних розладів, але при цьому не вміти змінюватися.

В той час як діагноз за деяких розладів особистості може бути заснований на розповідях пацієнтів на початкових сесіях, у інших пацієнтів діагностичні показники можуть не з’являтися до початку лікування. Клініцист спершу може не усвідомлювати характерологічної природи, хронічного характеру та серйозності проблем особистості пацієнта [Koenigsberg, Kaplan, Gilmore, & Cooper, 1985; Fabrega, Mezzich, Mezzich, & Coffman, 1986; Karno, Hough, Burnam, Escobar, Timbers, Santana, & Boyd, 1986]. Часто саме у цих пацієнтів відзначаються найбільш серйозні проблеми у соціальній сфері [Casey, Tryer, & Platt, 1985]. Деякі пацієнти звертаються до психотерапевта лише для симптоматичного лікування гострих проблем. У випадках, коли може бути показане зосереджене на схемі лікування розладів особистості (див. глави 3–5), пацієнт і психотерапевт не домовляються автоматично про перелік проблем чи цілей лікування. За виявлення проблем Осі II пацієнт може не захотіти працювати над розладами особистості, а скоріше займеться симптомами, з якими він чи вона звернулися. Важливо пам’ятати, що за лікування в центрі уваги перебувають цілі пацієнта, а не інших людей (включно із психотерапевтом). Оскільки схеми пацієнта — це агент та водночас ціль

психотерапевтичної зміни, психотерапевт може працювати з пацієнтом, щоб розвинути довіру до себе з метою подальшої роботи як над симптомами, так і над схемою. Ранній діагноз та планування лікування, імовірно, є більш ефективними [Morrison & Shapiro, 1987].

Деякі пацієнти Осі II не повідомляють про особистісні проблеми через нестачу розуміння чи усвідомлення або через те, що хоча і усвідомлюють проблеми, але не приймають їх. Інші пацієнти з порушеннями особистості заперечують такі проблеми, що є віддзеркаленням самих розладів.

Ефективність когнітивної психотерапії у будь-який даний момент залежить від міри, якою очікування пацієнтів стосовно цілей психотерапії є конгруентними до цілей психотерапевта [Martin, Martin, & Slemmon, 1987]. В ситуації лікування важливими є взаємна довіра та визнання психотерапевтом бажань пацієнтів [Like & Zyzanski, 1987]. Силова боротьба навколо протиріч, що стосуються цілей лікування, зазвичай заважає успіху [Foon, 1985]. Спільне визначення мети є однією з найбільш важливих особливостей когнітивної психотерапії [Beck et al., 1979; Freeman et al., 1990].

У деяких випадках пацієнт може не хотіти змінюватися, тому що те, що психотерапевт може визначати як розлад за Віссю II, виконувало для пацієнта корисну функцію у багатьох ситуаціях. Ці види поведінки, можливо, були функціональними у ситуації роботи, але вартували людині великих особистісних витрат. Наприклад, Мері, 23-річна програмістка, прийшла на психотерапію через “пригніченість у зв’язку з роботою, нездатність насолоджуватися життям, перфекціоністський підхід фактично до всіх задач та загальну ізоляцію від людей”. Вона була дуже старанною на своїй роботі, але отримувала від неї мало задоволення. Вона постійно не встигала закінчити роботу вчасно. “Він не розуміє, що я працюю дуже повільно та ретельно. Він лише хоче, щоб я працювала швидко, але у мене свої стандарти, яких я вважаю за потрібне дотримуватися”. Їй доводилося брати роботу додому на вихідні та затримуватися в офісі до 7 чи 8 вечора у робочі дні, щоб зробити все за своїми “стандартами”. У школі та вдома компульсивні риси її особистості винагороджувалися. Викладачі завжди відзначали її охайність в роботі, і по закін-

ченні школи вона отримала багато нагород. Тепер робота займала весь її час, і вона здебільшого не отримувала винагороджень за свій перфекціонізм. У неї було мало часу на друзів, дозвілля чи розваги [Freeman & Leaf, 1989, pp. 405–406].

Пацієнти із залежною особистістю іноді ідеально підходять для військової служби через свою старанність. Людина у віці 66 років із діагнозом обсесивно-компульсивного та уникаючого розладів особистості заявила: “Найкращий час у моєму житті — це служба в армії. Я не турбувався про те, що мені вдягнути, що робити, куди йти чи що їсти”.

Евристичні ознаки, які можуть вказувати на імовірність наявності проблем Осі II, містять такі сценарії.

1. Пацієнт чи значущий інший повідомляє: “О, він завжди робив це, навіть коли був дитиною”, або ж пацієнт може повідомити: “Я завжди був таким”.
2. Пацієнт не дотримується режиму психотерапії. Ця незгода (або “опір”) є звичайною для багатьох проблем та обумовлена багатьма причинами, але тривалу непокору слід розглядати як сигнал для подальшого дослідження проблем Осі II.
3. Психотерапія раптом зупиняється без видимої причини. Клініцист, що займається цими пацієнтами, нерідко допомагає їм знімати занепокоєність чи депресію, але його чи її подальша психотерапевтична робота блокується розладом особистості.
4. Пацієнти повністю не усвідомлюють впливу їхньої поведінки на інших. Вони віддзеркалюють реакції інших людей, але не в змозі розглядати будь-яку свою провокативну чи дисфункціональну поведінку.
5. Викликає сумнів наявність у пацієнта мотивації до зміни. Ця проблема є особливо актуальною для тих пацієнтів, яких “було відправлено” на психотерапію членами сім’ї або судом. Пацієнт на словах прагне психотерапії та визнає необхідність змін, але явно уникає їх.
6. Проблеми особистості пацієнтів здаються їм прийнятними та природними. Наприклад, депресивний пацієнт без діагнозу

Осі II може сказати: “Я просто хочу позбутися цієї депресії. Я знаю, що означає добре себе почувати, і я знову хочу почувати себе так”. Пацієнт з діагнозом Осі II може бачити проблеми, ніби сам будучи ними: “Я такий і є”, “Це і є я”. Це в жодному разі не вказує на те, що пацієнта влаштовує такий стиль особистості та відповідна поведінка. Пацієнт з унікаючим розладом особистості може хотіти більш активно спілкуватися з людьми, але вважає себе неповноцінною людиною. З іншого боку, пацієнт з нарцисичним розладом особистості може не визнавати ніяких проблем, крім відмови чи небажання інших захоплюватися ним чи нею та цінувати його чи її.

Розлад особистості є, мабуть, однією з найбільш яскравих ілюстрацій розробленої Беком концепції “схеми” [Beck, 1964, 1967; Beck et al., 1979; Freeman, 1987; Freeman et al., 1990]. Схеми (певні правила, які керують обробкою інформації та поведінкою) можна розділити на низку категорій, таких як особистісні, сімейні, культурні, релігійні, гендерні чи професійні. Схеми можна вивести з поведінки чи оцінити протягом бесіди та за збирання анамнезу. У випадку пацієнтів з діагнозом Осі II психотерапевтичні зусилля спрямовано саме на роботу зі схемами. Положення певних схем на континуумі від активних (гіпервалентних чи валентних) до неактивних (прихованих чи латентних) та їхнє положення на континуумі від “непроникних” до мінливих є для психотерапевта важливим параметром, який можна використовувати у розумінні проблем пацієнта та за вироблення стратегії лікування.

Враховуючи хронічний характер проблем та ціну, яку ці пацієнти сплачують у сенсі їхньої ізоляції, залежності від інших чи зовнішнього схвалення, напрошується питання: чому підтримуються ці дисфункціональні форми поведінки? Вони можуть створювати труднощі на роботі, у школі чи у особистому житті. У деяких випадках вони підкріплюються суспільством (наприклад, вчителі захочують дитину, яка є “справжнім робітником”, “хлопчиком/дівчинкою, який/яка не байдкує”, “хлопчиком/дівчинкою, який/яка не лінується, як решта”, “старанним/-ною хлопчиком/дівчинкою, який/яка отримує лише відмінні оцінки”). Часто пацієнт “знає”,



що схеми є помилковими, але йому чи їй дуже складно їх змінити. Тут особливо важливими є два фактори: по-перше, як вказав Діджузеппе [DiGiuseppe, 1986], проблема може частково полягати у тому, що людям (включно із психотерапевтами, орієнтованими на науковий підхід) важко здійснити “зрушення парадигми” та змінити іноді точну гіпотезу на менш знайому; по-друге, як зазначив Фріман [Freeman, 1987; Freeman & Leaf, 1989], люди часто пристосовуються до суттєво викривлених схем та отримують від них короткострокові зиски, попри те, що ці схеми обмежують здатність поратися з життєвими труднощами у віддаленій перспективі. Стосовно першої проблеми Діджузеппе [DiGiuseppe, 1989] рекомендує психотерапевтичне використання у якості прикладів різноманітних помилок, які продукує певна схема, щоб показати її викривлюючу дію на різноманітні сфери життя пацієнта, з подальшим поясненням альтернативного невикривленого варіанту. Хоча можна було б очікувати, що психотерапія після цих рекомендацій часто буде тривалою, рекомендовані стратегії для роботи з цією проблемою значною мірою перебувають під контролем психотерапевта та зазвичай можуть застосовуватися за необхідності. Друга проблема є не настільки простою. Коли пацієнти намагаються компенсувати, наприклад, свою тривогу, вони повинні змінити своє життя та повернутися обличчям до проблеми тривоги. Загаданий вище пацієнт, що описував період військової служби як “найкращий час життя”, мотивував це тим, що йому не потрібно було турбуватися, що надягнути, що робити, куди йти чи що їсти. Враховуючи анамнез пацієнта та манеру відповіді, ми не очікували, що пацієнт обере психотерапевтичну стратегію, що містить виконання домашніх завдань, які піддавали його численним новим ризикам [Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986]. Перш ніж пацієнт прийме відповідну психотерапевтичну стратегію, терапевт, імовірно, повинен буде спробувати змінити початкові очікування пацієнта стосовно цілей, тривалості та процедур психотерапії, допомогти пацієнту досягнути деяких відносно безпосередніх та практичних зисків та розвинути відносини співпраці, засновані на довірі та підтримці.

За роботи з пацієнтами, що страждають на розлади особистості, необхідно перш за все усвідомлювати, що психотерапія викличе

тривогу, оскільки людей просять про щось більше, ніж змінити конкретну поведінку чи сприйняття. Їх просять перестати бути тими, ким вони є та ким вони вважали себе багато років. Хоча схематична структура може бути незручною, створювати обмеження та викликати почуття самотності, для пацієнта змінити її означає опинитися на новій, чужій території: “Мені можуть завдати шкоди, я відчуваю серйозну загрозу, тому я стривожений”. Визнання тривоги, яку викликають зміни, є вирішальним фактором успішного лікування пацієнта з розладами особистості. Пацієнта треба проінформувати про можливість виникнення тривоги, щоб це не було несподіванкою та не викликало шоку. Бек із співавторами [Beck et al, 1985, p. 129], обговорюючи лікування агорафобії, пишуть наступне.

Важливо розуміти, що пацієнт відчуває тривогу для активізування примітивних когнітивних рівнів (оскільки ці рівні безпосередньо пов’язані з подібними афектами). Повторюване, пряме, безпосереднє визнання того, що сигнали небезпеки не ведуть до катастрофи... збільшує здатність примітивного рівня реагувати на більш реалістичні дії вищих рівнів.

Один пацієнт повідомляв, що “почував себе у безпеці добре, і я не розумію, чому я повинен від цього відмовлятися”. У міру того, як психотерапевт починає допомагати цим пацієнтам дозволяти собі бути більш вразливими, пацієнти відчуватимуть все більшу тривогу. Якщо вони не здатні успішно впоратися з тривогою, вони блокують чи припиняють психотерапію. (Обсяг даної книги не дозволяє нам детально обговорити лікування тривожних розладів; див. роботи Бека, Фрімана та Саймона [Beck et al., 1985; Freeman & Simon, 1989].)

Усвідомлюючи важливість зміни схем, треба враховувати, що вони змінюються дуже важко. Їхні поведінкові, когнітивні та емоційні елементи міцно утримують їх. Психотерапевтичний підхід має бути трикомпонентним. Якщо здійснювати суто когнітивний підхід та намагатися переконуванням допомогти пацієнту здолати викривлення, це не подіє. Спроби створення в рамках сесії можливостей для виходу пригнічених емоцій за допомогою фантазій чи спогадів самі по собі не приносять успіху. Необхідна психотерапевтична програма, яка адресується до всіх цих трьох сфера. Когнітивні

викривлення пацієнта вказують на схему. Важливими елементами також є стиль викривлення, зміст, частота та наслідки викривлень.

Життя, що невдало склалося, може сприяти стійкості викривлених схем та розвитку розладів особистості.

Приклад цього міститься у даних, що отримано Циммерманом, Пфолем, Станглом та Корієллом [Zimmerman, Pfohl, Stangl, & Coryell, 1985]. Вони вивчали виборку жінок, яких було шпиталізовано з гострими депресивними епізодами, що стосувалися до захворювань Осі I за класифікацією DSM-III. Дослідники розділили виборку на три групи з різними показниками за шкалою, що вимірює кількість негативних подій в житті (така шкала розроблена для оцінки стану за Віссю IV — важкість психосоціальних стресорів). Виявилось, що за показниками, отриманими за допомогою таких методик, як *Шкала депресії Гамільтона* (Hamilton Rating Scale for Depression) [Hamilton, 1967] та *Опитувальник депресії Бека* (Beck Depression Inventory), всі три групи схожі. Попри очевидну подібність симптомів у груп, що мали розбіжності за наявністю негативних подій у житті, важкість випадків у межах кожної групи та складність лікування для цих людей значною мірою відрізнялися. З 30% всіх пацієнтів, які вдалися до спроби самогубства в ході дослідження, люди, які відчували сильний стрес, намагалися покінчити із собою вчетверо частіше, ніж ті, що відчували слабкий стрес. Розлади особистості були очевидні у 84,2% групи з сильним стресом, у 48,1% групи з помірним стресом та лише у 28,6% групи зі слабким стресом. Дослідники інтерпретували той факт, що часті негативні події життя були пов'язані з розладом особистості та важкістю випадку, як принаймні частково пов'язаний з постійним характером цих подій та реакції пацієнтів на ці події; якщо у чиемусь житті надто часто відбуваються негативні події, цілком імовірні песимістичне ставлення до себе, світу та майбутнього. Навпаки, пацієнти, що успішно уникають життєвих стресорів, можуть жити у відносно безпечному особистому світі та мати дуже низькі показники *клінічно очевидних* розладів особистості. За дослідження направлень до психіатру у військовому шпиталі у мирний час, наприклад, єдиною помітною відмінністю між цією популяцією пацієнтів та тими, хто отримував такі направлення

серед цивільних осіб, був дуже низький рівень розладів особистості, що діагностуються [Hales, Polly, Bridenbaugh, & Orman, 1986]. Клінічний прояв розладу особистості самий по собі не є відповіддю на питання, чи мають пацієнти викривлені схеми. Як свідчить велика література із самоздійснюваних пророцтв, можна робити постійно викривлені передбачення через неточні схеми та все ж таки завжди бути адекватним, якщо не ризикувати та не намагатися перевірити більш точні альтернативні схеми [Jones, 1977].

## Клінічні дослідження

Більшість публікацій, присвячених новим підходам у розумінні та лікуванні розладів особистості, мають теоретичну чи клінічну основу, і дослідження ефективності когнітивно-поведінкового лікування цих розладів лише починається [Fleming & Pretzer, in press; Pretzer & Fleming, 1989]. Зокрема, існує не так багато досліджень із контролем результату, зосереджених на вивченні когнітивно-поведінкових втручань у людей, які задовольняють діагностичним критеріям розладів особистості. На щастя, існує все більш зростаюча кількість доказів адекватності когнітивно-поведінкових трактувань розладів особистості, так само, як ефективності когнітивно-поведінкової психотерапії з людьми, що мають діагноз розладу особистості (табл. 1.1). Аналіз цих доказів вселяє оптимізм, але також перекоонує нас у тому, що необхідна набагато більша кількість емпіричних досліджень, щоб створити основу для ефективного лікування цих складних розладів.

## Клінічні повідомлення про ефективність когнітивно-поведінкових втручань

Перші публікації, у яких лікування розладів особистості розглядалося з точки зору когнітивно-поведінкового підходу, було засновано на неконтрольованих спостереженнях практикуючих лікарів, що стикнулися з клієнтами з розладами особистості у ході своєї клінічної практики. Початок аналізу ефективності (або її нестачі) когнітивно-поведінкової психотерапії клієнтів з діагнозом розладу

особистості пов'язаний з обговоренням хворих, які не реагували на лікування. Наприклад, у главі, присвяченій обговоренню невдач при лікуванні депресії за допомогою когнітивної психотерапії, Раш та Шоу [Rush & Shaw, 1983] пишуть, що люди з межовим розладом особистості відповідали за значну частку негативних результатів у когнітивній психотерапії депресії, та припускають, що людей, які страждають на цей розлад, неможливо успішно лікувати за допомогою когнітивної психотерапії.

**ТАБЛИЦЯ 1.1.** Свідчення ефективності когнітивно-поведінкових втручань за розладів особистості<sup>1</sup>

Розлад особистості	Неконтрольовані клінічні повідомлення	Дослідження окремих випадків	Дослідження впливу особистісних розладів на результати лікування	Дослідження з контролем результату
Антисоціальний	+	–	+	*
Унікаючий	+	+	+/-	+
Межовий	+/-	–	+	+/-
Залежний	+	+	+	
Гістрійонний	+		–	
Нарцисичний	+	+		
Обсесивно-компульсивний	+	–		
Параноїдний	+	+		
Пасивно-агресивний	+		+	
Шизоїдний	+			
Шизотипічний	+			

**Примітка:** + — когнітивно-поведінкові втручання виявилися ефективними; – — когнітивно-поведінкові втручання виявилися неефективними; +/- — змішані результати.

<sup>1</sup> Когнітивно-поведінкові втручання виявилися ефективними за антисоціальних розладів особистості лише тоді, коли пацієнти до тестування перебували у депресивному стані.

Але у тому ж році було опубліковано кілька заснованих на клінічному матеріалі статей, у яких повідомлялося про успішне лікування кількох розладів особистості за допомогою когнітивної психотерапії [Fleming, 1983; Pretzer, 1983; Simon, 1983; Young, 1983]. У останні роки з'явилося доволі багато клінічно обґрунтованого матеріалу [Fleming, 1985, 1988; Freeman et al., 1990; Linehan, 1987a, b; Mays, 1985; Overholser, 1987; Perry & Flannery, 1982; Pretzer, 1985, 1988; Simon, 1985], у якому відзначався принаймні обмежений успіх у лікуванні розладів особистості. Тим не менше інтерпретувати клінічні повідомлення про успіх у лікуванні розладів особистості слід із обережністю. Коли клініцист повідомляє про позитивні чи негативні результати використання окремих втручань для даного пацієнта, неможливо із впевненістю визначити, чи був результат обумовлений використаними втручаннями, неспецифічною дією лікування, індивідуальними особливостями даного пацієнта, незалежними від лікування подіями чи спонтанною ремісією. Ці обмеження посилюються, коли повідомлення страждає на додаткові методологічні недоліки, які хоча і є неприйнятними клінічним повідомленням, але вельми розповсюджені.

Наприклад, в одному дослідженні ефективності поведінкових втручань з гістрійними пацієнтами [Kass, Silvers, & Abrams, 1972] описано лікування групи стаціонарних хворих, у якому члени групи підтримували в один одного рівень домагань та знижували гостроту дисфункціональних, надмірно емоційних реакцій; автори стверджують, що цей підхід був корисним для чотирьох з п'яти членів групи. Хоча ці результати обнадіують, дане дослідження має кілька недоліків. По-перше, діагнози було поставлено на основі часткових діагностичних критеріїв, які не відповідали критеріям DSM-II, до того ж, не перевірялась достовірність поставлених діагнозів. Отже, незрозуміло, до якої міри ці люди представляли популяцію пацієнтів з діагнозом гістрійного розладу особистості. По-друге, у чотирьох з п'яти випадках повідомлення про покращення було засноване на суб'єктивній оцінці авторів, і не було наведено жодних даних про те, наскільки стійкими є результати лікування. Таким чином, важко оцінити ефективність лікування чи те, наскільки збереглися отри-

мані зміни. Нарешті, оскільки розглядалася робота лише одного психотерапевта, важко встановити, чи визначалися отримані результати специфічним лікуванням чи вони обумовлені факторами, не пов'язаними з лікуванням, такими як емоційна підтримка групи чи чарівність психотерапевта та його ентузіазм. Клінічні повідомлення цікаві, вони можуть стимулювати висування нових гіпотез та проведення більш суворих досліджень, але нестача експериментального контролю та наявність всіляких факторів, які можуть викривлювати результати, роблять неможливою остаточну інтерпретацію результатів чи відносно суперечливих повідомлень.

### ***Дослідження, що засновані на окремих випадках***

Враховуючи обмежену можливість узагальнення результатів, отриманих у неконтрольованих дослідженнях, ми маємо очевидну потребу у емпіричному дослідженні когнітивно-поведінкової психотерапії розладів особистості. Але практичні проблеми ускладнюють проведення досліджень, необхідних для розвитку та вдосконалення когнітивно-поведінкового підходу до розладів особистості. На додачу до проблем, з якими стикаються при проведенні будь-якого дослідження результатів лікування, може бути складно знайти вибірку пацієнтів, які точно відповідатимуть діагностичним критеріям для досліджуваного розладу особистості; велика тривалість лікування хворих з розладами особистості також ускладнює вивчення результатів.

Туркат з колегами [Turkat & Carlson, 1984; Turkat & Levin, 1984; Turkat & Maisto, 1985] запропонували підхід до розуміння та лікування розладів особистості, заснований на досвіді та позбавлений багатьох практичних проблем, з якими доводиться стикатися за досліджень з контролем результату. Їхній підхід полягає у тому, щоб досліджувати розлади особистості на прикладі окремих випадків. Спочатку на основі вичерпного аналізу проводиться оцінювання стану пацієнта. Далі виробляються певні гіпотези, які перевіряються за допомогою найбільш підходящих доступних вимірювань для підтвердження правильності розуміння проблеми. Потім на основі цього розуміння виробляється план лікування, і, якщо втручання

виявляються ефективними, це розглядається як підтвердження формулювання випадку, яке дали дослідники. Невдалі втручання ставлять питання про правильність розуміння проблеми та змушують оцінювати її по-новому.

Результати, які були повідомлені Туркатом та Мейсто [Turkat & Maisto, 1985], наведено у табл. 1.2. Випадки, які описано цими авторами, надають емпіричні докази того, що когнітивно-поведінкові втручання, засновані на індивідуальному підході, можуть бути ефективними принаймні для деяких пацієнтів з розладами особистості. Оскільки для фіксації більш чи менш стійких змін використовувалися спостереження за поведінкою та певні вимірювання, ці повідомлення забезпечують більш вагомий докази, ніж за простого аналізу випадку. В деяких випадках втручання, засновані на індивідуальному підході до розуміння розладу пацієнта, були ефективні тоді, коли саме лише симптоматичне лікування було неефективним. Скажімо, Туркат та Карлсон [Turkat & Carlson, 1984] наводять такий цікавий приклад: 48-річна жінка повідомила про тривогу та уникаючий розлад поведінки після того, як у її дочки виявили діабет. Для зменшення у клієнтки тривоги та уникання використовувалося суто симптоматичне, поведінкове лікування, в результаті якого симптоми значно пом'якшувалися. Але вони загострювалися з колишньою силою, коли частота психотерапевтичних сесій зменшувалася. Коли випадок було переосмислено як тривогу, що викликано нестачею незалежності у прийнятті рішень та лікування було переглянuto на користь зосередження на поступовому переході до незалежного прийняття рішень, воно виявилось успішним та призвело до суттєвого покращення показників оцінки власної тривоги, який зберігся при перевірці за 11 місяців. Подібні приклади слугують доказом твердження Турката про те, що втручання, засновані на формулюванні, є більш ефективними, ніж лікування, засноване на простій відповідності втручань певним симптомам.

Використання Туркатом аналізу окремих випадків як засобу просунути наше розуміння розладів особистості має суттєві переваги перед аналізом випадків з неконтрольованим результатом. Оскільки чітко формулюються та за допомогою відповідних вимі-



**ТАБЛИЦЯ 1.2.** Випадки особистісних розладів, описані Туркатом та Мейсто [*Turkat & Maisto, 1985*]<sup>3</sup>

Розлад особистості	Кількість випадків	Відсоткове співвідношення вибірки	Кількість випадків із повідомленням про результат	Результат, що повідомляється	Тип отриманих даних
Антисоціальний	2	2,7	2	Пацієнти не захищені у лікуванні	
Унікаючий	4	5,4	1	Поступове покращення протягом 2 років лікування	Опис епізодів
Межовий	1	1,4	1	Передчасне припинення лікування	
Обсесивно-компульсивний	6	8,1	5	Пацієнт не хоче брати участь у лікуванні	
Залежний	1	1,4	1	Знижені тривога, уникання та депресія; підвищена незалежність	Оцінка власного стану за рік
Гістрійонний	8	10,8	1	Нездатність сформулювати скарги та виробити план лікування	
Нарцисичний	2	2,7	1	Підвищений настрій, контроль поведінки та поступливість, але передчасне припинення лікування	Оцінка власного стану, спостереження
Параноїдний	8	10,8	1	Покращення соціальних навичок та терпимість до критики; знижена опірність	Оцінка власного стану, спостереження

<sup>3</sup> Вся вибірка складалася з 74 пацієнтів служби клінічної психологічної допомоги при Діабетичному дослідницькому та учбовому центрі.

Закінчення табл. 1.2

Розлад особистості	Кількість випадків	Відсоткове співвідношення вибірки	Кількість випадків із повідомленням про результат	Результат, що повідомляється	Тип отриманих даних
Пасивно-агресивний	1	1,4	1	Нездатність сформулювати скарги та виробити план лікування	
Шизоїдний	2	2,7	2	Нездатність сформулювати скарги та виробити план лікування	
Шизотипічний	0	0	0		
Підсумок	35	47,4	16		

рювань перевіряються певні гіпотези, стає можливим мінімізувати суб'єктивні викривлення за інтерпретації спостережень та перевірити правильність загального розуміння. Але головним обмеженням за аналізу окремих випадків є складність визначення того, до якої міри пацієнт, що отримує лікування, є типовим для своєї діагностичної категорії. Розуміння чи лікувальне втручання, яке виявляється ефективним у конкретному випадку, може підходити чи не підходити іншим людям. Наприклад, в той час як Туркат та його колеги представили індивідуалізоване розуміння та стратегії, що застосовувалися до окремих клієнтів, вони виявляють обережність щодо узагальнення цих ідей по відношенню до інших пацієнтів з тими самими діагнозами.

Очевидно, основу для узагальнення результатів на інші виборки могла б створити велика кількість досліджень окремих випадків, у яких було отримано схожі результати. Але за проведення великих досліджень окремих випадків втрачається багато практичних переваг цього методу, при цьому не покращується контроль та не проводиться більш детальний статистичний аналіз, що можливо у дослідженнях з контролем результату. Мабуть, вивчення окремих

випадків добре підходить для кращого розуміння та розробки стратегій втручання, заснованих на клінічному досвіді. Щойно досягається таке розуміння та розроблено відповідні стратегії втручання, виникає необхідність у перевірці можливості більш широкого застосування цих стратегій. Така перевірка здійснюється шляхом більш традиційних досліджень на вибірках хворих.

Необхідно відзначити, що загальні результати, отримані Туркатом та його колегами та викладені у табл. 1.2, вказують на те, що таке лікування для багатьох пацієнтів з розладами особистості було неефективним. Дослідники вказують, що найбільш розповсюдженими труднощами є нездатність здійснювати заснований на формулюванні підхід до лікування, небажання пацієнта брати участь у лікувальному процесі та передчасне припинення лікування. Підхід Турката є вельми перспективним, але ця програма дослідження перебуває на початковій стадії свого розвитку та заснована на даних, отриманих на обмеженій вибірці.

### ***Дослідження ефективності симптоматичного лікування***

Поведінка та симптоми, характерні для розладів особистості, притаманні не лише цим захворюванням. Отримано емпіричне підтвердження ефективності застосування поведінкової та когнітивно-поведінкової психотерапії за наявності таких проблем, як імпульсивна поведінка, нестача соціальних навичок та неадекватне висловлення гніву. Це призвело до припущення про те, що лікування розладів особистості пов'язане всього лише із систематичним лікуванням кожного з проблемних видів поведінки чи окремих симптомів розладу. Наприклад, Стівенс та Паркс [Stephens & Parks, 1981] обговорюють почергове лікування симптомів цих пацієнтів без того, щоб представити більш широке розуміння розладів особистості та обговорити, чи відрізняється лікування цих симптомів у пацієнтів з розладами особистості від лікування тих самих симптомів у інших пацієнтів. Часто припускалося, що втручання, які виявилися ефективними за лікування людей, які не мали діагнозу розладу особистості, будуть настільки ж ефективними за вирішення подібних проблем у людей, що страждають на такі розлади. Наприклад, розглядаючи емпіричні

підґрунтя цього підходу, Стівенс та Паркс наводять факти, що говорять про ефективність поведінкових втручань за лікування кожної з 10 категорій дезадаптивної поведінки, характерної для людей з розладами особистості. Але величезна більшість цитованих досліджень проводилися або з хворими без діагнозу розладу особистості, або з хворими, що мають різноманітні діагнози, включно із розладами особистості. Так само Пілконіс [Pilkonis, 1984], обговорюючи лікування унікаючого розладу особистості, надає коротке резюме літератури з соціальної тривоги та уникання у міжособистісних відносинах, але не згадує про те, що в цих роботах говориться про різних пацієнтів: від сором'язливих студентів до стаціонарних хворих, які страждають на психози, і лише небагато з них цілком задовольняють діагностичним критеріям унікаючого розладу особистості.

Згадані вище повідомлення, у яких стверджується, що поведінкові та когнітивно-поведінкові втручання є менш ефективними для пацієнтів з розладами особистості [Mays, 1985; Rush & Shaw, 1983], свідчать про те, що якщо окремий симптом можна успішно лікувати у різноманітній виборці пацієнтів, це не означає, що розглянуте втручання буде ефективним для клієнтів з розладом особистості. Важливо, щоб для людей з розладами особистості була емпірично підтверджена законність застосування до них результатів, отриманих на пацієнтах без такого діагнозу.

Доказом цього можуть слугувати дані, отримані у деяких порівнювальних дослідженнях ефективності стандартного поведінкового лікування пацієнтів з діагнозом розладу особистості та без такого діагнозу. Застосовуючи когнітивно-поведінкову психотерапію для амбулаторних хворих з важкою формою булімії, Джайлз, Янг та Янг [Giles, Young, & Young, 1985] виявили, що програма лікування, яка комбінує запобігання реакції, навчання та когнітивне реструктурування, була ефективною для більшості пацієнтів (22 пацієнти вилікувалися успішно, 6 перервали лікування та 6 не дали позитивної реакції на лікування). З 6 пацієнтів, лікування яких виявилось неуспішним, попри його продовження під час дослідження, 4 задовольняли діагностичним категоріям DSM-III для межового розладу особистості. Жоден з успішно вилікуваних пацієнтів на страждав на

межовий розлад особистості. Так само Тернер [Turner, 1987] виявив, що стан пацієнтів із соціофобією без супутніх розладів особистості помітно покращувався після 15-тижневої групової психотерапії і залишався таким через рік. Але він встановив, що у пацієнтів, які задовольняють діагностичним критеріям розладу особистості на додачу до їхньої соціофобії, не відзначалося покращення ні після лікування, ні за рік.

За дослідження лікування агорафобії Мавіссакалян та Гамман [Mavissakalian & Hamman, 1987] виявили, що 75% хворих на агорафобію, у яких було відзначено низький рівень проявів розладів особистості, добре реагували на короткочасне поведінкове та медикаментозне лікування. В той же час, це лікування було ефективним лише для 25% хворих, у яких було відзначено високий рівень проявів розладів особистості. Цікаво, що, за даними цих дослідників, у 4 з 7 пацієнтів, що задовольняли діагностичним критеріям діагнозу однієї з форм розладу особистості перед лікуванням, не виявлялося даного розладу після. Однак у пацієнтів, що мали більш ніж один діагностований розлад особистості, після лікування зазвичай зберігався той самий діагноз або відзначався інший розлад особистості. Крім того, Мавіссакалян та Гамман виявили, що різні розлади особистості не були однаково чутливими чи стійкими до лікування. На характеристики, пов'язані з межовим, залежним та пасивно-агресивним розладами особистості, більше за все впливало лікування агорафобії, в той час, як характеристики, пов'язані з гістріонним та унікаючим розладами особистості, змінилися незначним чином.

Чамблесс та Реннеберг [Chambless & Renneberg, 1988] провели дослідження, подібне до того, що було у Мавіссакаляна та Гаммана, у якому вивчали дію розладів особистості на результат лікування у хворих на агорафобію. Ці дослідники виявили, що в той час, як в цілому інтенсивна групова психотерапія була більш ефективною, ніж щотижнева індивідуальна психотерапія, пацієнти із супутнім діагнозом унікаючого розладу особистості лише трохи краще реагували на інтенсивну групову психотерапію, ніж на щотижневу індивідуальну психотерапію симптомів агорафобії. Пацієнти з пасивно-агресивним розладом особистості особливо погано реагували

на щотижневу індивідуальну психотерапію та набагато краще — на інтенсивну групову психотерапію.

У кожному з цих досліджень більшість пацієнтів з діагнозом розладу особистості погано реагували на відомі форми поведінкового лікування. Це призводить до припущення про те, що ефективність поведінкових втручань для стандартних вибірок та для пацієнтів з розладами особистості не є однаковою. Але попри ці в цілому незадовільні результати, поведінкові втручання були ефективні принаймні для деяких хворих з розладами особистості. Особливо цікаво відзначити, що, коли поведінкові втручання були ефективні, у багатьох аспектах життя пацієнтів відбувалися значні зміни; це покращення не обмежувалося окремими формами проблемної поведінки, на яких було сфокусовано лікування.

### **Дослідження з контролем результату**

До теперішнього часу дослідження результатів когнітивно-поведінкової психотерапії клієнтів з діагнозом розладу особистості проводилися лише для деяких форм розладу особистості, і жодне з цих досліджень не проводилося повторно. Тому не можна зробити обґрунтованих висновків, спираючись на результати цих робіт. Але отримані на сьогодні дані обнадіюють.

За дослідження результатів лікування пацієнтів зі скаргами на соціальну тривогу було показано, що як короточасне навчання соціальних навичок, так і навчання соціальних навичок у сполученні з когнітивними втручаннями, було ефективним у сенсі збільшення частоти соціальних взаємодій та зменшення соціальної тривоги у пацієнтів, що страждають на унікаючий розлад особистості [Stravynski, Marks, & Yule, 1982]. В цьому дослідженні було виявлено, що комбінація навчання соціальних навичок та когнітивної психотерапії була не більш ефективною, ніж саме лише навчання соціальних навичок, і автори інтерпретували це як прояв “недостатньої цінності” когнітивних втручань. Але необхідно відзначити, що все лікування проводилося одним психотерапевтом (який також був основним дослідником) та що використовувалося лише одне з багатьох можливих когнітивних втручань (обговорення ірраціональних

переконань). Грінберг та Стравінські [Greenberg & Stravynski, 1985] вказують на те, що побоювання унікаючої людини виявитися об'єктом глузувань, очевидно, у багатьох випадках призводить до передчасного завершення психотерапії, і припускають, що за навчання соціальних навичок необхідно розвивати здатність людини реагувати на відкидання та ніяковість, а також навчати його чи її соціально прийнятної поведінки. Автори припускають, що втручання, які змінюють релевантні аспекти когнітивної сфери клієнтів, могли б суттєво підвищити ефективність психотерапії.

Антисоціальний розлад особистості зазвичай вважається стійким до амбулаторного лікування. Але в одному з нещодавніх повідомлень показано, що короткострокова амбулаторна когнітивно-поведінкова психотерапія може бути ефективною принаймні для деяких клієнтів, що страждають на цей розлад. За дослідження лікування метадоном наркоманів, що вживають опіати, Вуді, Мак-Леллан, Люборські та О'Браєн [Woody, McLellan, Luborsky, & O'Brien, 1985] виявили, що пацієнти, які задовольняють діагностичним критеріям DSM-III щодо великої депресії та антисоціального розладу особистості, добре реагували на короткострокове лікування за допомогою як когнітивної психотерапії Бека [Beck et al., 1979], так і підтримуючо-експресивної психотерапії за Люборські [Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985]. У цих пацієнтів відзначалося суттєве покращення за 11 з 22 змінних, що використовувалися для оцінювання результату, включно із психіатричними симптомами, вживанням наркотиків, зайнятістю та делінквентною поведінкою. У стані пацієнтів, які задовольняли критеріям антисоціального розладу особистості, але не страждали на велику депресію, в результаті лікування значних змін не відбулося, і покращення спостерігалось лише за 3 з 22 змінних. Цей патерн результатів зберігся і через 7 місяців. Пацієнти без діагнозу антисоціального розладу особистості реагували на лікування краще, ніж соціопати; але соціопати, що страждали на депресію, мали лише трохи гірші результати, ніж несоціопати, в той час, як результати соціопатів, які не страждали на депресію, були значно гірші. Спираючись на той факт, що два геть різні підходи до лікування виявилися ефективними, можна припустити, що це по-

кращення було обумовлене неспецифічною дією лікування. Але покращення стану суттєво корелювало з тим, наскільки твердо психотерапевт дотримувався відповідних правил лікування, що є вірним як за порівняння результатів роботи різних психотерапевтів, так і за порівняння результатів лікування у клієнтів кожного з психотерапевтів [Luborsky et al., 1985]. Це свідчить про те, що покращення дійсно було результатом специфічного лікування.

Лінехан та її колеги [Linehan, Armstrong, Allmon, Suarez, & Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suarez, & Allmon, 1988] нещодавно опублікували дослідження результатів діалектичної поведінкової психотерапії порівняно зі “звичайним лікуванням”. Це дослідження було проведено на виборці хронічних суїцидальних хворих з межовими розладами особистості. Автори виявили, що пацієнти, які проходили діалектичну поведінкову психотерапію, мали значно більш низький відсоток відсіву та значно меншу схильність до суїцидальної поведінки, ніж пацієнти, які отримували “звичайне лікування”. Але у цих двох груп відзначалося лише невелике загальне зниження депресії чи іншої симптоматики, рівною мірою для обох. Ці результати доволі скромні, але обнадіює те, що застосування когнітивно-поведінкової психотерапії протягом одного року могло призвести до тривалого покращення для виборки пацієнтів, які не лише задовольняли діагностичним критеріям межового розладу особистості, але також були більш неспокійні, ніж інші пацієнти з таким діагнозом. Пацієнти Лінехан та її колег були хронічно парасуїцидальні, багаторазово шпиталізувалися до психіатричного стаціонару та були нездатні втриматися на роботі через свою психіатричну симптоматику. Багато пацієнтів, що задовольняють діагностичним критеріям межового розладу особистості, загалом не є парасуїцидальними, шпиталізуються нечасто та здатні втриматися на роботі.

Дані про те, що когнітивно-поведінкова психотерапія може давати хороші результати за лікування таких складних захворювань, як унікаючий, антисоціальний та межовий розлад особистості, вельми обнадіюють. Але очевидно, що робити висновок про ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії за певних розладів особистості було б передчасно. Зокрема, багато більш різнобічних підходів до



лікування, що було запропоновано у останні роки, ще не перевірено на практиці, і зрозуміло, що “стандартні” когнітивно-поведінкові втручання з клієнтами, які мають діагноз розладу особистості, часто виявляються неефективними.

## Висновки

Враховуючи розповсюдженість розладів особистості та існуючу думку про те, що поведінкові та когнітивно-поведінкові втручання складно здійснювати з клієнтами, що страждають на розлади особистості, стає очевидною важливість постійної уваги до цих захворювань у емпіричних дослідженнях, нових теоретичних розробках та клінічному аналізі. На сьогодні рекомендації з лікування, засновані на клінічному спостереженні та обмеженій емпіричній базі, — найкраще, що ми можемо запропонувати клініцистам, які повинні вже зараз працювати з клієнтами, які страждають на розлади особистості, і не можуть чекати, поки будуть розроблені емпірично перевірені методи лікування. На щастя, деякі клініцисти повідомляють, що коли когнітивно-поведінкові втручання засновані на індивідуальному підході до проблем клієнтів та міжособистісним аспектам психотерапії приділяється достатньо уваги, лікування багатьох клієнтів з розладами особистості може виявитися вельми ефективним.