

---

---

# Передмова

Протягом десятиріччя, що минуло з видання книги Аарона Т. Бека та його колег *Когнітивна психотерапія депресії*, когнітивна психотерапія набула значного розвитку. Цей метод стали застосовувати для лікування всіх розповсюджених клінічних синдромів, включно із тривогою, панічними розладами та харчовими розладами. Вивчення результатів застосування когнітивної психотерапії показало її ефективність у лікуванні широкого кола клінічних розладів. Когнітивну психотерапію застосовували до пацієнтів будь-якого віку (дітей, підлітків, геріатричних пацієнтів) та використовували у різних умовах (амбулаторно, у стаціонарі, для пар, груп та сімей).

Використовуючи досвід, що накопичився, автори книги вперше розглядають весь комплекс когнітивної психотерапії розладів особистості.

Робота когнітивних психотерапевтів привернула до себе увагу в усьому світі; всюди у Сполучених Штатах та Європі було створено центри когнітивної психотерапії. Ґрунтуючись на огляді роботи клінічних та консультуючих психологів, Сміт [Smith, 1982, р. 808] дійшов висновку, що “когнітивно-поведінковий підхід сьогодні є одним із найсильніших, якщо не найсильнішим з усіх”. Починаючи з 1973 року інтерес до когнітивних підходів серед психотерапевтів зріс на 600% [Norcross, Prochaska, & Gallagher, 1989].

Більшість досліджень, теоретичних розробок та клінічної підготовки у галузі когнітивної психотерапії проводилися у Центрі когнітивної психотерапії у Пенсильванському університеті або у центрах, що було організовано тими, хто навчався у цьому центрі. Ця робота ґрунтується на семінарах та розборах первісних пацієн-

тів, що їх проводив Бек протягом багатьох років. Коли ми вирішили написати книгу, у якій могли б викласти розуміння, якого було досягнуто у ході нашої роботи, ми були свідомі того, що для одного чи двох людей є неможливим охопити всі розлади, які у ній розглядаються. Тому для роботи над книгою ми зібрали групу відомих та талановитих психотерапевтів, що навчалися у Центрі когнітивної психотерапії. Кожен з них писав розділ, присвячений його чи її власній спеціалізації. Ми відкинули ідею відредагованого тексту, у якому пропонується низка неспівставних (або надто детальних) спостережень. Заради цілісності та послідовності викладення ми вирішили, що ця книга буде результатом спільних зусиль всіх її авторів.

Кожен з авторів взяв на себе відповідальність за певну тему чи розлад. Далі з чорновим матеріалом з кожної теми знайомилися всі автори, що повинно було стимулювати плідну співпрацю та сприяти послідовності викладення, після чого матеріал повертався автору (чи авторам), який його писав, для виправлень та доопрацювання.

Хоча ця книга є результатом роботи кількох авторів, всі вони відповідальні за її зміст.

Основні автори кожної з глав будуть вказані нижче. Інтеграцією матеріалу, остаточним редагуванням та забезпеченням зв'язності тексту займався д-р філософії Лоуренс Трекслер (лікарня Френдз, Філадельфія, шт. Пенсильванія).

Книга складається з двох розділів. У першому розділі пропонується широкий огляд історичних, теоретичних та психотерапевтичних аспектів теми. Далі йдуть клінічні глави, які деталізують індивідуальне лікування певних особистісних розладів. Клінічні глави відповідають трьом групам, що описано у третьому виданні “Посібника з діагностики та статистичної класифікації психічних розладів” (DSM-III-R) (APA, 1987). Група А — це порушення, які описано як “дивні чи ексцентричні”, до неї належать параноїдний, шизоїдний та шизотиповий розлади особистості. До групи В належать антисоціальний, межовий, гістрійонний та нарцисичний розлади особистості, які описано як “драматичні, емоційні чи навіжені”. Група С об'єднує “людей, які одержимі тривогою чи страхом”, що відповідають озна-

кам категорії унікаючого, залежного, obsесивно-компульсивного та пасивно-агресивного розладів особистості.

Над першим розділом книги працювали Аарон Т. Бек, Артур Фріман та д-р філософії Джеймс Претцер (Клівлендський центр когнітивної психотерапії, Клівленд, шт. Огайо). У главі 1 Бек та Претцер описують когнітивно-поведінковий підхід до загальних проблем скеровування, діагностики та лікування пацієнтів з розладами особистості. Тут надано загальні відомості про те, як формується схема та яким чином вона впливає на подальшу поведінку пацієнта. Особливості цього процесу у застосуванні до окремих розладів розглядаються у відповідних главах. Далі розглядаються клінічні спостереження, які зроблено у межах когнітивної психотерапії особистісних розладів.

У главі 2 Бек пояснює, як формуються процеси, що існують у особистості, та яким чином вони виконують адаптивну функцію у житті людини. Починаючи з розгляду еволюційних аспектів, Бек докладно зупиняється на тому, як схеми (та конкретні комбінації схем) впливають на розвиток різноманітних захворювань. Описано основні стратегії адаптації, а також — типові переконання та установки для кожного з розладів особистості. Обробка інформації та певні види викривлення інформації прив'язано до таких характеристик, як щільність, активність та валентність схем.

В межах кожного розладу особистості переважають певні переконання та стратегії, які формують характерний профіль. У главі 3 Бек продовжує розгляд типових надміру розвинених та слабкорозвинених стратегій для кожного розладу. Він стверджує, що стратегії можуть впливати з певного досвіду чи компенсувати цей досвід. Опис когнітивних профілів, включно із уявленням про себе, уявленням про інших, загальними переконаннями, основною загрозою, що сприймається, основною копінг-стратегією та первинними афективними реакціями, дозволяє застосовувати широкий діапазон когнітивних та поведінкових втручань.

У главі 4 Бек та Фріман обговорюють загальні принципи когнітивної психотерапії розладів особистості. Глибинні схеми може бути виведено в результаті побіжного аналізу автоматичних ду-

мок пацієнта. Використання уяви та повторного переживання психотравмуючого досвіду може активізувати глибинні схеми. Далі ці схеми розглядаються у психотерапевтичному контексті. Описано основні методи когнітивної психотерапії з особливим акцентом на випадках з практики. Також розглядаються такі питання, як психотерапевтична співпраця, рольове моделювання та використання домашніх завдань. Психотерапевтичні відносини, які є важливими у будь-якій психотерапевтичній роботі, у роботі з пацієнтами з розладами особистості відіграють особливо важливу роль. Нарешті, у главі розглядаються специфічні проблеми взаємовідносин між психотерапевтом та пацієнтом, відомі як “опір”. За дослідження різноманітних причин незгоди у психотерапії Бек та Фріман виділяють кілька категорій складнощів; вони досліджують проблеми пацієнта (наприклад, ригідність, побоювання змін), проблеми психотерапевта (наприклад, ригідність, нестача навичок) та проблеми, що притаманні психотерапевтичним відносинам (наприклад, проблеми влади, вторинний зиск<sup>1</sup>).

У главі 5, останній у цьому розділі, Бек та Фріман деталізують певні когнітивні та поведінкові методи лікування пацієнтів з розладами особистості. Вони виділяють три теоретичні можливості для змінення схем: реконструкція, модифікація та реінтерпретація. Визначаючи та перевіряючи схеми пацієнта, психотерапевт може визначити як зміст, так і напрямок лікування, після чого він чи вона може допомогти пацієнту у роботі зі зміни дисфункціональних схем та, можливо, побудови нових, більш функціональних.

Глава 6, що написана Джеймсом Претцером, відкриває розділ, пов’язаний з клінічною роботою. У цій главі автор робить вступ до проблеми параноїдного розладу особистості. З цією малодослідженою групою розладів пов’язано кілька специфічних проблем, і перш за все — високий ступінь підозрливості. Претцер надає своє теоретичне осмислення, яке далі ілюструє прикладами психотерапевтич-

---

<sup>1</sup> Звертаємо увагу читачів на те, що концепція вторинного зиску не підтверджується у жодних сучасних експериментах та не є доказовою і теоретично обґрунтованою, тому може сприйматися лише як різновид метафори, що допомагає обговорювати певні класи проблем. — *Приміт. ред.*

них втручань. Використовуючи численні замальовки з практики, він демонструє читачеві процес когнітивної психотерапії. Він також виділяє деякі типові проблеми, з якими психотерапевт стикається у роботі з параноїдними особистостями.

У главі 7 д-р філософії Ріджина Оттавіані (Центр когнітивної психотерапії, Чіві Чейз, шт. Меріленд) описує шизоїдний та шизотипічний розлад особистості. Розглянуто історію терміну “шизоїдний” порівняно з його сучасним трактуванням у DSM-III-R. Описано проблеми діагностики та лікування, а також основні переконання шизоїдного пацієнта. Обговорюються проблеми психотерапевта, що може допомогти виявити потенційні перешкоди у психотерапії. Далі Оттавіані описує шизотипічного пацієнта. Пропонуючи когнітивне осмислення психотерапії, вона також описує часто повторювані проблеми Осі I, які пов’язані з шизотипічним розладом особистості.

У главі 8 д-р філософії Деніза Д. Дейвіс (Університет Вандербільт, Нашвілл, шт. Теннессі) починає опис захворювань групи B з обговорення антисоціального розладу особистості. Враховуючи те, що антисоціальні пацієнти зазвичай звертаються по допомогу через прохання (або вимоги) інших людей, найчастіше — правоохоронних органів, їхнє лікування пов’язане з деякими специфічними проблемами. Дейвіс детально розробляє тему важливості участі пацієнта в лікуванні, встановлення меж та залучення пацієнта до планування домашніх завдань. Вона вказує на важливість добровільної співпраці психотерапевта та пацієнта. Обговорюються такі супутні порушення Осі I, як алкоголізм та зловживання психоактивними засобами; клініцисту рекомендується бути готовим до можливості суїциду, яка часто не враховується у цій групі пацієнтів.

У главі 9 Претцер розглядає найбільш розповсюджений та, можливо, найбільш складний розлад цієї групи — межовий розлад особистості. Діагноз межового розладу з’явився в останні роки та у багатьох випадках продовжує бути категорією, до якої відносять пацієнтів, що не підпадають під жодну іншу. Претцер докладно обговорює проблеми, пов’язані з цими схемами та представлені у теоретичних главах. Обговорення цих питань допомагає виявити когнітивні процеси у даному синдромі. Як “спеціаліст із дихотомій”,

межовий пацієнт може викликати напругу у психотерапевта. І тут знову робиться акцент на встановлення жорстких меж, спільні психотерапевтичні зусилля та орієнтування на мету когнітивного підходу у психотерапії.

Глава 10, написана д-ром філософії Барбарою Флемінг (Університет Кейс Вестерн Резерв та Клівлендський центр когнітивної психотерапії, Клівленд, шт. Огайо), присвячена гістрійонному розладу особистості. “Істерія”, що перебувала в центрі уваги раннього психоаналізу, існує як діагностична категорія близько чотирьох тисяч років. Флемінг знайомить читача з історією розвитку цього поняття до сьогодення. Вона переосмислює цей розлад у когнітивних термінах і далі викладає принципи його лікування. Специфічні когнітивні викривлення гістрійонного пацієнта визначені й як діагностичні ознаки, і як цілі для лікування. Детально пояснюється, як допомогти таким пацієнтам коригувати їхню поведінку та змінювати стратегічний підхід до вирішення життєвих задач.

У главі 11 Деніза Дейвіс розглядає нарцисичну особистість. Після огляду різноманітних трактувань поняття “нарцисизму” Дейвіс застосовує ідею соціального навчання до розуміння розладів особистості. Вона представляє когнітивне осмислення як підґрунтя для лікування. Нарцисичний розлад особистості часто ускладнює лікування порушень, які пов’язані з Віссю І. Розглядаючи психотерапію як “звичайний” захід, пацієнт з нарцисичним розладом особистості може перервати її, щоб не здаватися “звичайним”. Дейвіс пропонує модель лікування таких пацієнтів, ілюструючи її численними клінічними прикладами.

Д-р філософії Джудіт Бек (Центр когнітивної психотерапії, Університет Пенсильванії, Філадельфія, шт. Пенсильванія) та докторка філософії Христина Падескі (Центр когнітивної психотерапії, Ньюпорт Біч, шт. Каліфорнія) спільно написали главу 12, у якій описано когнітивну психотерапію унікаючого розладу особистості. У цій главі, що починається з обговорення розладів групи С, розкриваються теми самоосуду, очікування відкидання та переконання, що будь-які неприємні емоції чи зіткнення є нестерпними. Ці пацієнти уникають багатьох речей, наприклад, неприємних емоцій, пережи-

вань та інших людей. Навіть найпростіша проблема часто інтерпретується ними як катастрофічна, і далі її уникають. Після виявлення типових автоматичних думок та переконань авторки описують схеми, які лежать в основі цього розладу. Як у дидактичному, так і у клінічному матеріалі особливу увагу приділено лікуванню тривожного компонента та необхідності вироблення спеціальних навичок.

Глава 13 — друга з написаних Барбарою Флемінг. Зосередившись на залежних особистостях, вона протиставляє видиму співпрацю залежного пацієнта небажанню співпраці, що є характерним за інших розладів особистості. За початковою співпрацею та покращенням часто настає фрустрація (з боку психотерапевта) через збереження симптомів. Хоча ці пацієнти здатні використовувати свої міжособистісні стратегії для психотерапії, виконуючи домашні завдання та проявляючи більш незалежні нові форми поведінки, вони можуть опиратися справжнім змінам, щоб зберегти залежні відносини з психотерапевтом. Обговорюються переконання пацієнта стосовно компетентності, відмови та незалежності у зв'язку з чисельними клінічними прикладами.

Главу 14 присвячено obsесивно-компульсивним розладам особистості. Цей найбільш розповсюджений розлад особистості обговорюють д-р філософії Карен М. Саймон (Центр лікування депресії, Денвер, шт. Колорадо) та д-р філософії Джеймс Маєр (Центр лікування депресії, Денвер, шт. Колорадо). У сучасному суспільстві, яке прагне до ефективності та продуктивності, високо цінуються емоційний контроль, дисципліна, настійливість, надійність та ввічливість. Але у obsесивно-компульсивної особистості ці характеристики доведено до крайнощів, і те, що може бути конструктивною стратегією, стає дисфункціональним. Такий пацієнт ригідний, схильний до перфекціонізму, догматичний, занурений до роздумів та нерішучий. Описано когнітивний зміст автоматичних думок, переконань та стратегій. Автори обговорюють супутні сексуальні та психосоматичні проблеми, а також депресію. Саймон та Маєр використовують кілька клінічних прикладів, щоб продемонструвати свій підхід до лікування.

У главі 15 Ріджина Оттавіані описує когнітивну психотерапію пасивно-агресивного розладу особистості. Опозиційний та іноді обструкціоністський стиль, який часто характеризує цю клінічну групу, є головною перешкодою у лікуванні.

Оскільки такі пацієнти мають тенденцію уникати конфронтації, вони можуть пасивно приймати психотерапію, але при цьому постійно створювати перешкоди на шляху до змін. Ці пацієнти часто розглядають зміну як свою капітуляцію перед психотерапевтом, тому стиль пацієнта найкраще можна охарактеризувати фразою “Так, але...”. Розвиваючи свою думку, Оттавіані за допомогою клінічних прикладів демонструє, як здійснюється когнітивний підхід у психотерапії цього розладу.

Нарешті, у главі 16 Бек та Фріман роблять загальні висновки та намічають перспективи клінічної та дослідницької роботи у галузі когнітивної психотерапії розладів особистості.