

**ПОТЕНЦІАЛ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОГО ПІДХОДУ
В ПСИХОТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ**

Архангельська М. В. здобувач ступеню PhD
лабораторія когнітивної психології
Інститут психології ім. Г.С. Костюка
НАПН України
<https://orcid.org/0009-0004-7098-9894>

У статті розкриваються прийоми когнітивно-поведінкового підходу у психотерапії розладів особистості. Зазначено особливості психотерапії особистих розладів, розглянуто характеристики розладів особистості та труднощі в їх лікуванні. Визначено, що в міжнародній практиці когнітивно-поведінкову терапію застосовують в психотерапії особистих розладів як науково-обґрунтований підхід, проте більшість з розладів особистості важко піддається психотерапії, потребує тривалого курсу лікування з доповненням методів з інших напрямків психотерапії.

Ключові слова: розлади особистості; когнітивно-поведінкова терапія; когнітивна модель; дисфункціональні схеми.

Вступ. Психотерапія розладів особистості є однією з найважливіших проблем у галузі клінічної психології та психології особистості. За дослідницькими оцінками Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я сьогодні близько 10% населення світу страждає від розладів особистості. Травматичний дитячий досвід, у тому числі жорстоке поводження та зневага, визнано факторами ризику, які можуть підвищити ймовірність розвитку у людини розладу особистості (Arntz, & Genderen, 2016).

Люди з розладами особистості зазвичай мають серйозні проблеми у відносинах, навчанні або роботі. У них сильно спотворені, жорсткі, надмірно узагальнені негативні переконання про себе, оточуючих і майбутнє. Вони привносять ці переконання практично у кожен ситуацію чи контекст, включаючи психотерапію. Дослідження в галузі розладів особистості дають важливу інформацію про поширеність, частоту супутніх станів, а також самошкодуючу та суїцидальну поведінку, терапію та прогноз одужання.

Мета дослідження є визначити особливості психотерапії розладів особистості, розглянути алгоритм когнітивно-поведінкового підходу психотерапевтичних інтервенцій, включити передбачувані фактори ризику розвитку розладів особистості, виявити загальну картину різних груп розладів особистості.

Теоретичне підґрунтя. Вивчення особистості почалося з епохи Гіппократа зі спроби з'ясувати, чим визначаються

індивідуальні розбіжності у поведінці людей. Наприкінці XIX початку XX століття німецький психіатр, основоположник нозологічної концепції у психіатрії, Е. Крепелін, виділив основні типи психопатичної особистості. Німецький психіатр та патопсихолог К. Шнайдер визначив одну з головних ознак психопатичної особистості: неможливість сформувати та підтримувати взаємини з людьми (Bonnet, & Bréjard, 2012). Відповідно до вітчизняного психіатра П. Ганнушкіну (1875-1933), психопатії характеризуються стабільністю в часі, тотальністю проявів, соціальною дезадаптацією, при цьому відхилення характеру від нормального типу у таких особистостей такі, що від них страждають вони самі, або їхнє оточення.

Як концептуальна основа для дослідження використана когнітивно-поведінкова психотерапія розладів особистості, яка запропонована Беком і Фріманом (Beck, & Freeman, 1990). У статті на основі даних зарубіжних досліджень складено огляд розладів особистості, визначено основні труднощі у терапії та психотерапевтичні прийоми.

Методи дослідження. Методи дослідження включають теоретичний аналіз, синтез, узагальнення дослідницьких даних, а також систематизацію та порівняння. Матеріал дослідження зібрано на підставі наукових даних із публікацій у галузі поведінкових наук та психіатрії.

Результати і обговорення. Одне з важливих питань, що обговорюються в

рамках психотерапії особистісних розладів, полягає у стратегії їхньої діагностики. У сучасній діагностиці особистісних розладів використовують Міннесотський багатоаспектний опитувальник MMPI, критерії DSM-5 Американської Психіатричної Асоціації, Міжнародну класифікацію хвороб МКХ-11. Американський психоаналітик М. Мак-Вільямс виділяє у діагностиці психічних розладів оцінку рівня розвитку особистісної організації, ступінь патології (психотичний, прикордонний, невротичний, нормальний), оцінку захисного стилю всередині цієї організації, або тип характеру людини (параноїдний, депресивний, шизоїдний та ін.) (N. Macwilliams, 2012).

Діагностика розладів особистості має низку недоліків, зокрема «навішування ярликів», за якими втрачається унікальна, неповторна особистість кожної людини, а також спрощується уявлення про людину, робить спілкування з нею формальним чи поверховим. Мілютіна К., Рудницька С., Котко Д., Бек Д. основну увагу в діагностиці акцентують на бесіді та взаємодії з клієнтом, приділяючи увагу самому першому контакту і формуванню взаємовідносин терапевта і клієнта.

У діагностичній моделі особистісних розладів Д. Бек виділяє такі критерії як самоідентичність, спрямованість, емпатія у міжособистісній взаємодії. Пацієнти з розладами особистості часто сприймають світ так, що не можуть надати об'єктивну інформацію терапевту, у таких випадках при можливості практикується отримання додаткової інформації залучаючи близьких з оточення пацієнта для участі в терапевтичній сесії (J. Beck, 2005).

У проведенні діагностичного обстеження особистісних розладів французький психіатр та когнітивно-поведінковий терапевт Ж. Котро пропонує розгляд структури особистості в таких рівнях: дезадаптивні схеми особистості (класифікація схем та режимів за Д. Янгом), режими (частки), обробка інформації на підтримку схем, когнітивні конструкти та стратегії адаптації (Cottraux, & Blackburn, 2006).

Люди з розладом особистості мають негнучкі та дисфункціональні міжособистісні поведінкові стратегії, що призводить до

проблем, які торкаються всіх сфер життя, включаючи сварки у взаєминах і на роботі. Часто люди з розладом особистості не звертаються за допомогою, при цьому більше дистресу можуть відчувати інші в їхньому оточенні, ніж вони самі. До ефективних методів у лікуванні розладів особистості Бек, Янг, Арнтц, Якоб відносять експериментальні, що включають уяву та повторне переживання подій дитинства. Основна мета полягає у зміні ригідних уявлень про себе, про навколишній світ, що впливає на когніції, емоції, соціальну взаємодію та поведінку. (Beck J., & Beck A., 2020).

У пацієнтів з особистісними розладами є деякі особливості, що може ускладнювати застосування когнітивно-поведінкової терапії через їхню відірваність від своїх думок та емоцій, не виконання домашніх завдань, уникнення. Стійкі дисфункціональні думки, а також самоушкоджуюча поведінка важко піддаються змінам лише застосовуючи когнітивно-поведінкові техніки.

Відмінна риса пацієнтів з розладом особистості - психологічна ригідність, що викликає труднощі заперечення доцільності їхньої саморуйнівної поведінки, або негативного сприйняття навколишнього світу (J. Bergeret, 1996). Терапія пацієнтів з розладом особистості часто довгострокова, такі пацієнти незадоволені своїм життям, неспроможні себе реалізувати у професії, або підтримувати тривалі відносини. Ці проблеми поширюються на всі сфери життя, що ускладнює постановку цілей терапії у рамках когнітивно-поведінкового підходу.

Взаємини терапевта та пацієнта ускладнені дисфункціональними схемами пацієнта, які замінюють адаптивні схеми, орієнтовані на реальність у обробці інформації. При тривожних розладах мобілізується стиль поведінки, який відповідає очікуванню катастрофи, при депресії часто самозаперечення. При нарцисичному розладі є чутливість до утисків почуття власної гідності, чутливість до втрати допомоги і любові має місце при залежному розладі особистості, отримання уваги за рахунок маніпуляції притаманно гістрійного розладу. Люди з розладом особистості виявляють паттерн поведінки, що часто повторюється, а дезадаптивні схеми не легко піддаються змінам. Часто пацієнти з

розладами особистості звертаються до психотерапевта лише для лікування симптомів, чи вирішення гострих проблем.

На думку Бека, Фримана (1990) серед труднощів пацієнтів із розладами особистості спілкування з іншими людьми, надмірна співзалежність, уникнення, заперечення проблем, неприйняття, недостатнє розуміння самої проблеми. У когнітивно-поведінковій терапії особлива увага приділяється спільній постановці мети психотерапевтом та пацієнтом, а в терапії велике значення має взаємна довіра. В когнітивній психотерапії особистісних розладів використовують рефлексію, розпізнавання, оцінку та перевірку об'єктивності інтерпретацій з метою розвитку гнучкості звичних схем та структур (Beck, & Freeman, 1990).

Виділяють три кластери розладів особистості на основі подібних характеристик та симптомів. Розлади особистості кластера А характеризуються незвичайним, ексцентричним мисленням чи поведінкою. Вони включають параноїдний, шизоїдний і шизотипічний розлади особистості. Параноїдний розлад особистості характеризується сильною підозрілістю до мотивів і поведінки людей. Людина з параноїдним розладом особистості надпильна, безпідставно очікує, що їй можуть нашкодити чи загрожувати. Параноїдні характеристики входять у шизофренію параноїдного типу, а також у маячний розлад. Пацієнти з параноїдними рисами чутливі, гнівливі, уразливі, мають тенденцію звинувачувати інших та знаходити виправдання своїм підозрам. У таких пацієнтів переважають емоції страху, тривоги, підозри можливого нападу, зради, бажання приховати ці відчуття, при цьому бути стриманим.

Когнітивно-поведінкова модель Колбі (1979) припускає, що людина з параноєю має ряд стратегій, спрямованих на попередження ганьби та приниження. На підставі комп'ютерного моделювання було виявлено шість кроків терапевтичних інтервенцій у роботі з передбачуваним параноїдальним пацієнтом. Перший крок включає роботу з дисфункціональними переконаннями, які враховують як соціалізувався пацієнт з дитинства і які взаємини у нього були зі старшими (переконання «я дурний, ненормальний, нікчемний, нечесний»).

Другий крок включає роботу з почуттям сорому, третій крок передбачає роботу з дистресом, який виникає через дисфункціональні переконання та появу сорому. Четвертий крок - пошук локусу, причин дистресу, п'ятий крок передбачає виявлення самої параноїдальної стратегії в інтерпретації того, що відбувається, у перенесенні причин дистресу на інших людей. Шостий крок передбачає роботу з стратегією параноїдального патерну мислення, що виникає автоматично. Колбі у своїй роботі зазначив, що необхідно далі розширити дослідження та провести його на реальних пацієнтах із параноїдальним розладом (Colby, Faught & Parkinson, 1979).

У когнітивно-поведінковому напрямку психотерапії розглядаються думки та емоції пацієнта, альтернативні можливі когніції, а труднощі в роботі складає раціоналізація людини з параноїдальним мисленням, яку він використовує для мінімізації суб'єктивного дискомфорту, наприклад «тримайся на сторожі, і ти впорасься», «люди нечесні та світ несправедливий».

У дослідженні Макбет, Шванауер, Гамлей (2008) університетів Глазгоу та Единберга поставили завдання виявити зв'язок між стилем прихильності, соціальним менталітетом та параноїдальним мисленням. Вибірка становила двісті тринадцять осіб, які заповнили опитувальні дані про поточний стиль прихильності, міжособистісні проблеми, параної, марення, галюцинації, депресії і тривогу. В результаті було зроблено висновки, що показник прихильності та стратегія міжособистісного дистанціювання впливають на формування параної. Взаємодія теорії прихильності та соціального менталітету становить інтерес для вивчення аспектів розвитку психотичної феноменології (Macbeth, Schwannauer & Gumley, 2008).

Шизоїдний розлад особистості характеризується слабкою прихильністю до соціальних та інших контактів, схильністю до фантазій, відлюдькуватості, самоаналізу. У суспільстві шизоїдними прийнято вважати сором'язливих, замкнутих, хронічно нелюдимих і самотніх. До ознак цього розладу відносять обмежену здатність висловлювати почуття, відчувати задоволення, відсутність бажання встановлювати відносини з людьми.

Лікування шизоїдного розладу особистості є складним завданням для терапевтичного втручання. Бек, Фріман, Шульц та Дебрай (2005) відзначають, що це один з найменш вивчених розладів, і рекомендації щодо втручання залишаються неповними. У рамках КПТ протоколів лікування цього розладу включені етапи виявлення дисфункціональних переконань, робота з емоціями, когнітивна реструктуризація, формування альтернативних форм поведінки, робота зі схемами (Debray, Kindynis, Leclère, & Seigneurie, 2005).

Шизотиповий розлад особистості характеризується дивакуватою поведінкою, аномаліями мислення. На відміну від параноїдального та шизоїдного розладів, пацієнти з шизотипічним розладом особи не мають незвичайного, неорганізованого мислення та поведінки. Цю групу пацієнтів вважають у групі високого ризику розвитку шизофренії, оскільки є схожість у симптомах, за відсутністю психотичного компонента (галюцинаторно-маячного), а також при шизотиповому розладі не спостерігається апато-абулічний синдром.

Ж. Котро (2006) у клінічних випадках з пацієнтами з шизотипічним розладом описує такі труднощі, як дивні вірування пацієнтів: «світ - небезпечне місце, яке рухається темними силами, що виходить за межі логічного та наукового розуміння.» Крім того, у пацієнтів із шизотипічним розладом розвинені магічне мислення, занепокоєння паранормальними явищами, параноїдальне мислення, соціальна тривожність, відсутність близьких друзів. У лікуванні пацієнтів із шизотипічним розладом особистості успішно застосовуються когнітивні та поведінкові техніки, проводиться когнітивна реструктуризація та експозиція (Cottraux, & Blackburn, 2006).

Кластер В включає антисоціальний, межовий, істеричний і нарцисичний розлади особистості. Розлади особистості кластера В характеризуються театральністю, надмірною емоційністю, непередбачуваністю. Рівень смертності від самогубств серед людей з розладом кластера В становить близько 20% (Tisseyre et al., 2022). Ризик суїцидальності збільшується внаслідок високої поширеності супутніх тривожно-депресивних захворювань, зловживання психоактивними

речовинами. Згідно з недавніми дослідженнями, хронічне безсоння також є фактором ризику суїциду в цій клінічній групі, а механізми, що пояснюють цей зв'язок, маловідомі (Alimoradi et al., 2022). Психопатологічні чинники, такі як емоційна дисрегуляція, імпульсивність, можуть виступати посередниками у зв'язку між безсонням і самогубством. У недавньому мета-аналізі, що включає 24 дослідження та 1977 учасників з 12 країн, було виявлено ефективність когнітивно-поведінкової терапії безсоння та її вплив на якість життя пацієнта. (Tisseyre et al., 2022).

Пацієнти з антисоціальним розладом особистості можуть ігнорувати права інших людей, вчиняти шахрайські, неправомірні дії з метою отримання власної вигоди, при цьому не відчуючи вини, можуть звинувачувати свою жертву, бути байдужими до своїх дій, які завдають шкоди іншим. Антисоціальний розлад особистості супроводжується залежністю від психоактивних речовин, розладом спонукань, тривожними розладами, потягом до азартних ігор, синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю.

У когнітивній психотерапії антисоціального розладу особистості вивчаються дезадаптивні когнітивні стратегії пацієнта, терапевт допомагає пацієнтові розглядати ширше й об'єктивніше альтернативні переконання, благополучніші стратегії для себе та оточуючих. Клініцист проводить структуровані когнітивні вправи та поведінкові експерименти, вивчає особливості особистих пріоритетів пацієнта в контексті певних дій, вказує на наслідки вже вибраних пацієнтом стратегій та пропонує найбільш ефективні та благополучні. Завдання когнітивної психотерапії включає усвідомлення пацієнтом своїх думок, і навіть особистісних конфліктів, є основою дезадаптації у поведінці (Debray, Kindynis, Leclère & Seigneurie, 2005).

До діагностичних критеріїв межового розладу особистості (МРО) відносять емоційну дисрегуляцію, загрози суїцидальної поведінки, порушення самоїдентичності, хронічні почуття пустки, імпульсивність та інтенсивні нестабільні відносини. У когнітивній сфері у пацієнтів з МРО спостерігаються дисфункціональні схеми та спотворення обробки інформації, що

призводить до тривоги та підвищеної вразливості.

Психотерапевти прагнуть сприяти внутрішньому синтезу своїх клієнтів шляхом включення нових навичок у поведінковий репертуар клієнта, або шляхом направлення клієнта до інтеграції розрізнених часток особистості. Американський психолог Марша Лінехан відома як засновник діалектичної поведінкової терапії (ДПТ), спрямованої на роботу з людьми, які мають МРО та суїцидальний ризик. Її терапевтична програма включає модифікацію методів когнітивно-поведінкової терапії для МРО. Під «діалектикою» передбачається прийняття пацієнтів такими, які вони є під час їхнього навчання до змін. Марша Лінехан (1987) пише про необхідність діалектичної рівноваги, до якої необхідно прагнути терапевту, яке полягає у прийнятті, у визнанні розумності переживань та емоційної вразливості пацієнта з одного боку, об'єднання стратегій визнання та стратегій навчання навичкам з іншого боку (М. Linehan, 1987). У діалектичній поведінковій терапії акцент на спостереженні та створенні синтезу у процесі та змісті терапії перетворився на невід'ємну частину допомоги клієнтам у досягненні їх кінцевих цілей. М. Лінехан інтегрувала та адаптувала традиційні стратегії вирішення проблем та навчання навичкам для полегшення формування концептуалізації випадку та корективних втручань, а також для того, щоб упоратися зі складними поведінковими проявами МРО.

Пацієнтам з МРО важко впоратись з регуляцією всього комплексу реакцій, пов'язаних з певним емоційним станом. Основні переконання, які здаються центральними при МРО: «Я безсилий і вразливий», «Я по своїй суті неприйнятний» і «Світ небезпечний і зловмисний». Вважаючи світ небезпечним, себе відносно безсилим і неприйнятним, можна припустити, що межові пацієнти почуваються дітьми, залишеними наодинці у небезпечному місці. Дослідження коморбідності пацієнтів з МРО показують, що тривожні розлади та тривожні кластерні розлади особистості широко поширені при МРО. Більше того, багато пацієнтів з МРО повідомляють про дитячі травми в анамнезі (S. Martin, 2022).

Для гістрійного розладу особистості характерні надмірна емоційність, прагнення привернути до себе увагу, проявляється гіперкомпенсаторний режим пошуку уваги та похвали. Пацієнти з гістрійним розладом особистості діють провокаційним чином з метою привернення уваги інших. Депресивний розлад, дистимічний розлад та конверсійний розлад можуть бути супутніми цьому розладу особистості. Пацієнти з гістрійним розладом особистості мають надмірно драматичне уявлення про себе, демонстративність. Вони прагнуть змусити інших людей піклуватися про себе, оскільки самі не здатні виявити цю турботу, намагаються привернути увагу до своєї особистості (Bonnet, & Bréjard, 2012).

Психотерапія гістрійного розладу особистості передбачає навчання справлятися з емоційністю та імпульсивністю, формування адекватної та стійкої самооцінки, вміння соціалізуватися. У когнітивно-поведінковому підході терапевти працюють із переконаннями «Я не важливий і не потрібен», «Мене ігнорують», «Людя з мною нецікаво, вони з мною нудьгують» у результаті яких у пацієнтів з'являються вимоги привернути увагу за будь-яку ціну, що може проявлятися надмірною балакучістю, жартівливістю, яскравими показними емоціями страху, захопленням. Пацієнтам з гістрійним розладом особистості характерна надмірна драматизація, навіюваність, підвищена увага до своєї зовнішності. У дитинстві такі пацієнти ігнорувалися батьками, їх не помічали, або помічали, коли вони зробили щось погане, саме у дитячому та підлітковому віці формується розуміння «щоб отримати увагу, мені потрібно активно щось робити, інакше мене позбавлять кохання і я залишусь самотній та нещасний» (S. Rusinek, 2006).

У межах психотерапії опрацьовується дитинство, юність, стосунки у сім'ї, як і чому виникли такі стратегії поведінки. Основне завдання психотерапевта навчити людину з гістрійним розладом особистості будувати відносини з оточуючими та використовувати особливості свого сприйняття світу в правильному руслі, без шкоди іншим. Пацієнтам із гістрійним розладом особистості важко зосередитися на деталях. У межах когнітивно-поведінкового підходу психотерапії проводиться навчання

відстеження думок з допомогою запису дисфункціональних думок. Процес виявлення думок та емоцій є важливим кроком у зміні мислення гістрійонних пацієнтів. Увага приділяється таким технікам як рольова гра, складання списку переваг та недоліків, робота з поняттям «ідентичності», оскільки цей розлад розвивається ще з дитячих років, важливою є робота над покращенням міжособистісних відносин. Проводяться поведінкові експерименти заперечення, для тренування заперечення без відчуття порожнечі.

Нарцисичний розлад особистості характеризується патернами грандіозності у поведінці, перебільшеним почуттям своєї значущості, переваги, потребою у захопленні та відсутністю емпатії. Такі пацієнти переоцінюють свої здібності, перебільшують свої досягнення та схильні недооцінювати здібності інших, вимагати уваги за свої заслуги та досягнення. Люди з нарцисичним розладом особистості егоцентричні, їм не вистачає емпатії та уваги до інших, вони залежать від похвали та захоплень. Переконавання нарцисичних пацієнтів: «Я особливий», «Я краще, вище за всіх», «Люди не мають права критикувати мене», «Правила, що застосовуються до інших, не повинні стосуватися мене».

Пацієнти з нарцисичним розладом звертаються за допомогою внаслідок проблем у взаєминах та депресивного розладу. Депресія розвивається внаслідок розчарування чи утиску почуття грандіозності. Унікальність може виражатися через відчай, відбувається невідповідність між очікуваними фантазіями та дійсністю. Крім депресії, нарцисичний розлад особистості може супроводжуватися соціальною фобією, іпохондрією, зловживанням психоактивними речовинами.

У психотерапії такі пацієнти виявляють перебільшене, необґрунтоване почуття власної значущості та талантів, необхідність безумовного захоплення та зарозумілість. У схема-терапії підхід із застосуванням режимів дозволяє сформувати терапевту співпрацю з тими частинами особистості пацієнта, які прагнуть здоров'я та вступають у боротьбу з тими частинами, які спрямовані до ізоляції, саморуйнування, заподіяння шкоди. У когнітивно-поведінковому підході робота психотерапевта спрямована на

когнітивну реструктуризацію, виявлення автоматичних думок та поведінкових патернів, емоційних реакцій, формування нових поведінкових патернів за допомогою когнітивних та поведінкових технік. З нарцисичними пацієнтами широко застосовуються прийоми емпатичної конфронтації (Young, Klosko, & Weishaar, 2017).

Пацієнти кластера С часто мають підвищену тривожність, страхи. У цю групу включені тривожний (уникаючий) розлад особистості, залежний і обсесивно-компульсивний розлади особистості. Відповідно до DSM-5 для діагностики уникаючого розладу особистості, у пацієнтів повинен бути постійний характер уникнення соціального контакту, відчуття неадекватності та страх відторгнення. Уникаючий розлад особистості пов'язаний з високим рівнем порушень у багатьох областях функціонування, такими як тотальне уникнення в поведінці та в когнітивній сфері. Діагностичні критерії цього розладу перетинаються із шизоїдним розладом особистості, соціальною фобією, агорафобією.

Важливим критерієм для пацієнтів з тривожним розладом особистості є прагнення до встановлення дружніх стосунків та стурбованість критикою, їх характеризує стриманість, почуття неадекватності та гіперчутливість до негативних оцінок, при цьому основна стратегія подолання особистості передбачає уникнення ситуацій, у яких її можуть оцінити негативно. Згідно з дослідженням Рііс, Прітчард (2013) з університету Кертіна в Австралії короточасна когнітивна психотерапія показала ефективність за результатами 12 щотижневих занять з двома пацієнтами з уникаючим розладом особистості. Ряд діагностичних показників тяжкості симптомів, загального функціонування та самозвітів проводився до лікування, після лікування та через 6 тижнів спостереження. Проводився регулярний моніторинг сили віри кожного учасника в чотири індивідуальні ідентифіковані когнітивні процеси, пов'язані з уникаючим розладом особистості. На етапах лікування та подальшого спостереження було відзначено зменшення симптомів, підвищення якості життя учасників. Результати показали, що

короткострокова когнітивно-поведінкова терапія може бути ефективним лікуванням тривожного розладу особистості, і що необхідні подальші дослідження з більшими вибірками (Rees, & Pritchard, 2013).

Залежний розлад особистості характеризується домінуючою та надмірною потребою у отриманні турботи, що призводить до покірності, надмірного послуху. Люди із залежним розладом особистості мають тривожний тип прихильності, яка з теорії Д. Боулбі виникає виходячи з сумнівів людини у доступності важливої особи, до якої вона прив'язана у дитинстві.

Пацієнти із залежним розладом особистості вважають себе нездатними піклуватися про себе та використовують покірність, щоб спробувати змусити інших людей піклуватися про них. Вони не здатні приймати звичайні повсякденні рішення без порад і підтримки, вразливі до критики та несхвалення. Переконавання про себе «я слабкий, я некомпетентний», «мені потрібні інші люди, щоб вижити», супроводжуються страхом покинутості, почуттям безпорадності. В умовах діагностики залежного розладу особистості, надмірна потреба людини в отриманні турботи, страх перед необхідністю піклуватися про себе. У психотерапії може бути корисним вивчення страху незалежності. Умовні припущення таких пацієнтів: «якщо я залежу від інших, зі мною все буде гаразд, але якщо я залежу від себе - ухвалюю рішення, намагаюся вирішити проблеми - у мене нічого не вийде»; «якщо я підкорюся іншим, вони подбають про мене, але якщо я їх засмучу, вони не піклуватимуться про мене» (Jacob, & Arntz, 2021).

Пацієнти із залежним розладом особистості вважають себе нездатними піклуватися про себе та використовують покірність, щоб спробувати змусити інших людей піклуватися про них. Вони не здатні приймати звичайні повсякденні рішення без порад і підтримки, вразливі до критики та несхвалення. Переконавання про себе "я слабкий", "я некомпетентний", "мені потрібні інші люди, щоб вижити", супроводжуються страхом покинутості, почуттям безпорадності. В умовах діагностики залежного розладу особистості, надмірна потреба людини в отриманні турботи, страх

перед необхідністю піклуватися про себе. У психотерапії може бути корисним вивчення страху незалежності.

Обсесивно-компульсивний розлад особистості характеризується постійним контролем, перфекціонізмом. Серед симптомів цього особистісного розладу стурбованість деталями, правилами, графіками, зосередження на виконанні якогось завдання досконало, що заважає виконати це завдання. Риси характеру людей з обсесивно-компульсивним розладом включають упертість, акуратність, нав'язливі ідеї та дії. Люди з цим розладом особистості часто відчують міжособистісні проблеми та потребу у контролі поведінки інших людей. Цей розлад може бути коморбідним з обсесивно-компульсивним розладом, а також розладами харчової поведінки, ігровою залежністю (Medeiros, & Grant, 2018).

У терапії застосовуються когнітивні та поведінкові методи, релаксація для того, щоб допомогти таким пацієнтам упоратися з нав'язливістю. Часто такі пацієнти вважають, що неспокій корисний і продуктивний. У схема-терапії при цьому особистісному розладі виявляють режим вразливої дитини, критика, гіперконтролера, перфекціоніста. Важливо допомогти пацієнту визначити схеми, що лежать у глибині і виходячи з яких виникають автоматичні думки, зрозуміти як сформувалася схема у взаємодії з важливими людьми, культурними нормами.

У терапії особистісних розладів є важливим зв'язок з дитячим досвідом, соціалізація в школі, формування типу прихильності та особистості пацієнта. Відповідно до Бек, Котро, у когнітивно-поведінковій психотерапії особистісних розладів ефективно застосовуються техніки з інших психотерапевтичних напрямів, такі як діалектична поведінкова терапія, терапія прийняття та відповідальності АСТ, інтерперсональна психотерапія, психодинамічна психотерапія, мотиваційне інтерв'ю.

Згідно з дослідженням предикторів формування та рецидивування саморуйнівної поведінки Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика у Києві, в якому брало участь 210 суїцидентів, особистісні розлади та хронічна алкоголізація, наркотизація мали значення як аутодеструктивний еквівалент та

рецидивування самоушкоджуючої поведінки (Пілягіна, & Чумак, 2014). У дослідженні автори наголошують, що такі пацієнти потребують тривалої терапії із застосуванням психофармакотерапії, а також психотерапевтичного втручання, переважно у вигляді міксту когнітивно-поведінкової, екзистенційної та сімейної психотерапії (Пілягіна, & Чумак, 2014).

У психотерапії особистісних розладів велика увага приділяється технікам емоційної регуляції та співчуття до себе. Особливе місце в роботі з особистісними розладами має робота з самокритикою. Завищені вимоги і стандарти часто формуються коли у дитинстві пред'являються завищені вимоги важливих дорослих. Методи роботи включають сократівські питання, аналіз вигод і витрат критики в порівнянні зі співчуттям до себе, поведінкові експерименти, експериментальні вправи (Taylor, Bee, & Haddock, 2016).

Особливе місце у психотерапії розладів особистості займає схема-терапія. Д. Янг вивчав схеми, які були вже відкриті А. Беком, проте приділяв увагу саме тим схемам, що виникли у пацієнтів у дитинстві. Він наголошував, що саме досвід, пережитий у дитинстві, може ставати ядром особистісних розладів, а також хронічних розладів Осі І (Jacob, & Arntz, 2021). Сам термін «схема» використовується в різних галузях науки, включаючи комп'ютерне програмування, геометрію, педагогіку, а у психології схема є патерн, який люди використовують, щоб пояснити своє сприйняття та реакції. Жан Піаже описав схеми на різних етапах розвитку дитини. Під схемою розуміється комплекс інформації, якийсь шаблон про себе та реальність, що складається з когніцій, спогадів, емоцій. Схеми формуються у ранньому дитинстві та у підлітковому віці, і доформовуються протягом життя. До людини може приходити почуття самотності, ізоляції, дефектності у разі стресу, який є неадекватним до поточної ситуації, з'являються переживання режиму «раненої дитини», а сприйняття світу відбувається через дисфункціональні схеми.

У формуванні розладу особистості включено генетичні, біологічні, психологічні та соціальні фактори. Діти, що переживають травмуючу подію, можуть мати зміни у структурі та функціонуванні мозку. Сам досвід переживання не веде до формування розладу, а має вплив саме те значення, яке людина надає цьому досвіду в дитинстві та дорослому віці.

У схемі терапії робота зі схемами змістилася до роботи з частинами особистості, які називаються «режимами». Ранні дезадаптивні схеми показують, як людина бореться за виживання. Це те, як людина розуміє та знає як істину. Дослідження ефективності схема-терапії та роботи Джеффри Янга зробили схему-терапію однією з провідних у роботі з тяжкими розладами особистості (Farrell, & Shaw, 2021).

Висновки. Отже, когнітивно-поведінковий напрямок в психотерапії розладів особистості є гнучкою моделлю, оскільки включає науково-обґрунтовану теоретичну базу і використовується в різних аспектах психотерапевтичної та психологічної допомоги. Для того щоб когнітивно-поведінкова психотерапія була ефективною, необхідно враховувати особливості розладів особистості та розуміти, що робота зі схемами пред'являє певні вимоги до особистості психотерапевта, без яких робота може бути виконана недостатньо кваліфіковано та ефективно.

Важливо, що когнітивно-поведінкова терапія не ґрунтується на теорії прив'язаності, а проблеми пацієнтів можуть бути пов'язані саме з незадоволеними потребами дитинства та типом прив'язаності. Когнітивно-поведінковий підхід дозволяє адаптувати методи з широкого спектру науково обґрунтованих психотерапевтичних модальностей у контексті когнітивної моделі. Формування уявлення про пацієнта, формулювання стратегії терапії, підбір відповідних методів залежно від потреби пацієнта, дозволяє отримувати ефективні результати у психотерапії розладів особистості.

Список використаних джерел

1. Alimoradi, Z., Jafari, E., Brostro A., Maurice, M., Ohayon, M., Lin, C., and Pakpour, A. (2022). Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101646>

2. Arntz, A., Genderen, H. (2016). *Thérapie des schémas et personnalité borderline*. Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
3. Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
4. Beck, J. S., & Beck, A. T., (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (3rd ed.)*. New York: Guilford Press.
5. Beck, A., Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
6. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique: les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris: Dunod.
7. Bonnet, A., Bréjard, V. (2012). *Les troubles de la personnalité*. Paris: Armand Colin.
8. Colby, K., Faught, W., Parkinson, R. (1979). *Cognitive Therapy of Paranoid Conditions: Heuristic Suggestions Based on a Computer Simulation Model*. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 3. No.1, p. 55-60.
9. Cottraux, J., Blackburn, I. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
10. Debray, Q., Kindynis, S., Leclère, M., Seigneurie A. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques. Approche cognitivo-comportementale*. Paris: Masson.
11. Farrell, J., Shaw I. (2021). *Expérimentez la thérapie des schémas*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
12. Jacob, G., Arntz, A. (2021). *La thérapie des schémas en pratique. Principes et outils*. Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
13. Linehan, M. (1987). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3). p. 261-276.
14. MacBeth, A., Schwannauer, M., Gumley, A. (2008). *The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: An analogue study*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. The British Psychological Society. doi:10.1348/147608307X246156
15. MacWilliams, N. (2012). *Beyond Traits: Personality as Intersubjective Themes*. *Journal of Personality Assessment*. Retrieved from doi:10.1080/00223891.2012.711790 https://www.researchgate.net/publication/230653849_Beyond_Traits_Personality_as_Intersubjective_Themes
16. Martin, S. (2022). *Le programme ECCLORE. Une nouvelle approche du trouble borderline*. Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
17. Medeiros, G., Grant, J. (2018) *Gambling disorder and obsessive-compulsive personality disorder: A frequent but understudied comorbidity*. *Journal of Behavioral Addictions* 7(2), Retrieved from doi: 10.1556/2006.7.2018.50
18. Pilyagina, G., Chumak, S. (2014). *Predicative factors of recurrence process of the self-destructive factors of recurrence process of the self-destructive behaviour*. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/299407651>
19. Rees, C., Pritchard, R. (2013). *Brief Cognitive Therapy for Avoidant Personality Disorder*. *American Psychological Association* Vol. 52, No. 1. Retrieved from doi: 10.1037/a0035158
20. Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée. Une approche de la restructuration cognitive*. Paris: Dunod.
21. Taylor, C., Bee, P., Haddock, G. (2016). *Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders*. *Psychol Psychother.* 90 (3) p.456-479 Retrieved from doi: 10.1111/papt.12112
22. Tisseyre, M., Hudon, A., Giguère C., Vallières A., Bastien C., Bérubé F., Cailho, L. (2022). *Insomnia and suicide risk in cluster B personality disorder: A comparative cross-sectional study*. *Santé mentale au Québec*, Volume 47, numéro 2, p. 113–139 Retrieved from <https://doi.org/10.7202/1098897ar>
23. Young, J., Klosko, J., Weishaar M. (2017). *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité (2^e éd.)* Leuven-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Summary

THE POTENTIAL OF COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS

Arkhangelska M. V. PhD Candidate of Psychological Sciences Laboratory of Cognitive Psychology Institute of Psychology named after G.S.Kostyuk NAES of Ukraine

Introduction. *The treatment of personality disorders is of significant importance in the mental health care. Not only 10% of the population is estimated to have at least one personality disorder; there is also a high level of comorbidity of personality disorders with Axis I disorders, such as depression and anxiety. Still, the statistics and*

the research data on the treatment of personality disorders is scarce or limited. Patients with personality disorders experience significant difficulties since childhood or adolescence. They have challenges in their activities, in work and in relationships. They have rigid, entrenched negative beliefs about themselves and others, the world and the future.

Purpose. *The purpose of this article is to determine the potential for treatment of personality disorders with cognitive-behavioral therapy, to consider the algorithm of the cognitive-behavioral approach of psychotherapeutic interventions, to include the potential risk factors for the development of personality disorders, to outline the three clusters of personality disorders.*

Methods. *The methods include research analysis, synthesis, systematization.*

Originality. *The article provides with the review of the methods of cognitive-behavioral therapy in the treatment of personality disorders. Each of the personality disorders is reviewed, and the difficulties in the therapy of personality disorders are highlighted.*

Conclusion. *Cognitive-behavioral psychotherapy for personality disorders is a comprehensive model, which includes a scientifically grounded theoretical base and is explored in various aspects of psychotherapeutic and psychological assistance. Diagnostics, formulation of a therapy strategy, selecting appropriate methods depending on the patient's needs, schemas, allows to obtain effective results in the psychotherapy of personality disorders. Importantly, cognitive-behavioral therapy is not based on the attachment theory, and the personality disorder patients' problems often are related to unsatisfied needs in childhood and the type of attachment formed. The cognitive-behavioral approach allows to adapt methods from a wide range of scientifically based psychotherapeutic modalities in the context of the cognitive model.*

Key words: *personality disorders; cognitive behavioral therapy; cognitive model; dysfunctional schemas.*

Дата надходження рукопису/Date of receipt of the manuscript: 22.05.24.

Дата прийняття рукопису/Date of acceptance of the manuscript: 27.07.24

© 2024. This work is under an open license CC BY-NC 4.0.