

# **Введение в когнитивную психотерапию расстройств личности**

Психотерапия пациентов с различными расстройствами личности обсуждалась в клинической литературе с момента возникновения психотерапии. Рассмотренные Фрейдом классические случаи Анны О. (Breuer & Freud, 1893–1895/1955) и человека-крысы (Freud, 1909/1955) на основе современных критериев могут быть диагностированы как расстройства личности. Определения и параметры для понимания этих серьезных хронических состояний были сформулированы в «Руководстве по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (*DSM-I*) Американской психиатрической ассоциацией (АПА, 1952), а затем расширены и усовершенствованы, что отражено в новейшей версии этого руководства (*DSM-III-R*) (АПА, 1987). Большая часть литературы по психотерапевтическому лечению расстройств личности появилась не так давно, но количество таких работ быстро растет. Главной теоретической ориентацией в существующей литературе по расстройствам личности, как и в психотерапевтической литературе вообще, всегда была психоаналитическая (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).

## **Когнитивно-поведенческий подход к расстройствам личности**

В последнее время поведенческие (Linehan, 1987a, b; Linehan, Armstrong, Allmon, Suarez & Miller, 1988; Linehan, Armstrong, Suarez & Allmon, 1988) и когнитивно-

поведенческие психотерапевты (Fleming, 1983, 1985; Fleming & Pretzer, в печати; Freeman, 1988a, b; Freeman & Leaf, 1989; Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990; Pretzer, 1983, 1985, 1988; Pretzer & Fleming, 1989; Young & Swift, 1988) начали формулировать и предлагать когнитивно-поведенческий подход к лечению. Книга Миллона (Millon, 1981) — одна из немногих работ в области расстройств личности, имеющая социально-поведенческую направленность. В начале своего развития когнитивный подход использовал идеи «эго-аналитиков», почерпнутые из работ Адлера, Хорни, Салливана и Франкла. Хотя эти психотерапевтические новшества рассматривались психоаналитиками как радикальные, когнитивная психотерапия на ранних стадиях развития была во многих отношениях «инсайт-терапией», в которой в значительной степени использовались интроспективные методы, предназначенные для изменения «личности» пациента (Ellis, 1962; Beck, 1967). Пользуясь этими ранними работами, Бек (Beck, 1963, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck & Emery with Greenberg, 1985) и Эллис (Ellis 1957a, b, 1958) стали первыми, кто начал использовать широкий диапазон поведенческих методов лечения, включая выполнение в естественных условиях структурированных домашних заданий. Они постоянно указывали на психотерапевтическое воздействие когнитивных и поведенческих методов не только на симптомы, но также и на когнитивные «схемы» или убеждения, контролирующие поведение. Когнитивные психотерапевты работают на двух уровнях — структуры симптома (проявление проблем) и лежащей в его основе схемы (подразумеваемые структуры). Большинство исследований психотерапевтической практики свидетельствуют о том, что пациенты обычно имеют основные или «глубинные» проблемы, которые являются центральными и для когнитивных нарушений (например, негативная «Я»-концепция), и для проблемного поведения (например, зависимое поведение) (Frank, 1973). Когнитивная модель психотерапии постулирует тезис о том, что важные когнитивные структуры являются категориально и иерархически организованными. Широкий диапазон проблем пациента может быть отнесен к одному классу, и на эти проблемы могут повлиять изменения в одной или нескольких схемах. Эта формулировка согласуется с основными современными теориями когнитивной структуры и когнитивного развития, причем все они подчеркивают значение схем<sup>1</sup> как детерминант поведения, регулируемого правилами (Neisser, 1976; Piaget, 1970, 1974, 1976, 1978; Schank & Abelson, 1977). Схемы определяют фокус, направление и качество жизни в обычных и непредвиденных обстоятельствах.

<sup>1</sup> В данном контексте термины «схемы», «правила» и «основные убеждения» используются более или менее взаимозаменяемо. Более строго, «схемы» — это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; «убеждения» и «правила» отражают содержание схем и, как следствие этого, определяют содержание мышления, эмоций и поведения. Явления типа автоматических мыслей рассматриваются как продукт схемы (Beck et al., 1979.)

Теоретики когнитивной психотерапии, как и психоаналитики, полагают, что обычно при лечении расстройств личности более продуктивно выявлять и изменять «глубинные» проблемы. Эти две школы различаются во взглядах на характер глубинной структуры, и различие заключается в том, что представители психоаналитической школы считают эти структуры неосознаваемыми и труднодоступными для пациента. Напротив, когнитивные психотерапевты придерживаются мнения, что данные явления в значительной степени осознаваемы (Ingram & Hollon, 1986) и при специальной подготовке могут быть еще более доступны для осознания. Дисфункциональные чувства и поведение (согласно теории когнитивной психотерапии) в значительной степени обусловлены определенными схемами, которые лежат в основе искаженных суждений и сопутствующей им тенденции допускать когнитивные ошибки в некоторых типах ситуаций. Основная посылка когнитивной модели психотерапии заключается в том, что главным источником дисфункциональных эмоций и поведения у взрослых являются ошибки атрибуции, а не отклонения в мотивации или реакциях (Hollon, Kendall & Lumry, 1986; Mathews & MacLeod, 1986; MacLeod, Mathews & Tata, 1986; Zwemer & Deffenbacher, 1984). В другой работе было показано, что у детей клинические когнитивные паттерны связаны с психопатологией так же, как соотносятся между собой когнитивные и эмоциональные паттерны, обычно обнаруживаемые среди взрослых (Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983; Leitenberg, Yost & Carroll-Wilson, 1986; Quay, Routh & Shapiro, 1987; Ward, Friedlander & Silverman, 1987), и что у детей и взрослых эффективная когнитивная психотерапия может проводиться сходным образом (DiGiuseppe, 1983, 1986, 1989).

Ввиду долгосрочной природы характерологических проблем у пациентов с нарушениями личности, распространенного среди них уклонения от психотерапии, частого направления на лечение в результате давления семьи или требований закона и их видимого нежелания или неспособности меняться именно они обычно являются наиболее трудными пациентами среди клиентуры клинициста. В целом они требуют большей работы в пределах сессии, более продолжительного времени для психотерапии, большего напряжения сил, энергии и терпения психотерапевта, чем большинство других пациентов. По этой причине при работе с такими пациентами нередко эффект психотерапии невелик, возникают трудности в получении согласия на лечение, наблюдаются невысокие темпы изменений и низкий уровень удовлетворенности как психотерапевта, так и пациента.

Эти пациенты, обращаясь за помощью, обычно говорят о проблемах, не связанных с их личностью, чаще всего жалуясь на депрессию и тревогу, которые по классификации *DSM-III-R* относятся к Оси I. Сообщаемые жалобы на депрессию и тревогу могут либо не иметь отношения к паттернам Оси II, либо проистекать

из личностных расстройств Оси II и поддерживаться ими. Курс психотерапии гораздо сложнее, когда имеется комбинация психических нарушений, относящихся к Оси I и Оси II. В когнитивной психотерапии расстройств личности должны быть изменены продолжительность лечения, частота психотерапевтических сессий, цели и ожидания психотерапевта и пациента, а также доступные методы и стратегии. Учитывая трудности, присущие работе с расстройствами личности, удивительно, насколько состояние этих пациентов улучшается в результате применения модифицированного когнитивного подхода к психотерапии, описанного в этой книге.

Пациенты с расстройствами личности часто рассматривают трудности, с которыми они сталкиваются при общении с другими людьми или выполнении каких-либо задач, как внешние по отношению к ним и в основном не зависящие от их поведения. Они часто говорят о себе как о жертве других людей или, более глобально, «системы». Такие пациенты часто не имеют представления о том, как они стали такими, какие они есть, как они создают себе проблемы или как им измениться. Эти пациенты часто направляются на лечение членами их семей или друзьями, которые распознают дисфункциональные паттерны или больше не могут справиться с этими людьми. Некоторые пациенты направляются на лечение по решению суда. Людям из последней группы часто предоставлен выбор, например идти в тюрьму или к психотерапевту (Henn, Herjanic & VanderPearl, 1976; Moore, Zusman & Root, 1984).

Другие пациенты хорошо осознают пагубный характер своих личностных проблем (например, чрезмерная зависимость, различные комплексы, чрезмерное избегание), но не понимают, как они дошли до этого состояния или как им измениться. Некоторые пациенты могут понимать этиологию своих личностных расстройств, но при этом не умеют меняться.

В то время как диагноз при некоторых расстройствах личности может быть основан на рассказах больных в ходе начальных сессий, у других пациентов диагностические показатели могут не появляться до начала лечения. Клиницист первоначально может не осознавать характерологической природы, хронического характера и серьезности проблем личности пациента (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore & Cooper, 1985; Fabrega, Mezzich, Mezzich & Coffman, 1986; Karno, Hough, Burnam, Escobar, Timbers, Santana & Boyd, 1986). Часто именно у этих пациентов отмечаются самые серьезные проблемы в социальной сфере (Casey, Tryer & Platt, 1985). Некоторые пациенты обращаются к психотерапевту только для симптоматического лечения острых проблем. В случаях, когда может быть показано сосредоточенное на схеме лечение расстройств личности (см. главы 3, 4 и 5), пациент и психотерапевт не договариваются автоматически о перечне проблем или целей лечения. При обнаружении проблем Оси II пациент может не

захотеть работать над расстройствами личности, а скорее займется симптомами, с которыми он обратился. Важно помнить, что при лечении в центре внимания находятся цели пациента, а не других людей (включая психотерапевта). Поскольку схемы пациента — это агент и одновременно цель психотерапевтического изменения, психотерапевт может работать с пациентом, чтобы развить доверие к себе в целях дальнейшей работы как над симптомами, так и над схемой. Ранний диагноз и планирование лечения, вероятно, более эффективны (Morrison & Shapiro, 1987).

Некоторые пациенты Оси II не сообщают о личностных проблемах из-за недостатка их понимания или осознания либо из-за их осознания, но неприятия. Другие пациенты с нарушениями личности отрицают такие проблемы, что является отражением самих расстройств. Эффективность когнитивной психотерапии в любой данный момент зависит от степени, в которой ожидания пациентов относительно целей психотерапии конгруэнтны таковым у их психотерапевта (Martin, Martin & Slemon, 1987). В ситуации лечения важны взаимное доверие и признание психотерапевтом желаний пациентов (Like & Zyzanski, 1987). Силовая борьба вокруг противоречий, касающихся целей лечения, обычно препятствует успеху (Foon, 1985). Совместная постановка цели — одна из наиболее важных особенностей когнитивной психотерапии (Beck et al., 1979; Freeman et al., 1990).

В некоторых случаях пациент может не хотеть меняться, потому что то, что психотерапевт может определять как расстройство Оси II, выполняло для пациента полезную функцию во многих жизненных ситуациях. Эти виды поведения, возможно, были функциональны в ситуации работы, но стоили человеку больших личностных издержек. Например, Мэри, 23-летний программист, пришла на психотерапию из-за «угнетенности работой, неспособности наслаждаться жизнью, перфекционистского подхода фактически ко всем задачам и общей изоляции от людей». Она была очень старательной на своей работе, но получала от нее мало удовлетворения. Она постоянно не успевала закончить работу вовремя. «Он не понимает, что я работаю очень медленно и тщательно. Он лишь хочет, чтобы я работала быстро, но у меня свои стандарты, которых я считаю нужным придерживаться». Ей приходилось брать работу домой на выходные и задерживаться в офисе до 7 или 8 вечера в рабочие дни, чтобы сделать работу по своим «стандартам». В школе и дома компульсивные черты ее личности вознаграждались. Преподаватели всегда отмечали ее аккуратность в работе, и по окончании школы она получила много наград. Теперь работа занимала все ее время, и она больше не получала вознаграждений за свой перфекционизм. У нее было мало времени для друзей, досуга или развлечений (Freeman & Leaf, 1989, p. 405–406).

Пациенты с зависимой личностью иногда идеально подходят для военной службы ввиду своей исполнительности. Человек в возрасте 66 лет с диагнозом обсессивно-компульсивного и избегающего расстройств личности заявил: «Лучшее время в моей жизни — это служба в армии. Я не заботился о том, что мне надеть, что делать, куда идти или что есть».

Эвристические признаки, которые могут указывать на возможность наличия проблем Оси II, включают следующие сценарии.

1. Пациент или значимый другой сообщает: «О, он всегда делал это, даже когда был ребенком» или же пациент может сообщить: «Я всегда был таким».
2. Пациент не соблюдает режим психотерапии. Это несогласие (или «сопротивление») обычно для многих проблем и обусловлено многими причинами, но продолжительное неподчинение следует рассматривать как сигнал для дальнейшего исследования проблем Оси II.
3. Психотерапия внезапно останавливается без видимой причины. Клиницист, занимающийся этими пациентами, нередко помогает им снимать беспокойство или депрессию, но его дальнейшая психотерапевтическая работа блокирована расстройством личности.
4. Пациенты полностью не осознают влияния их поведения на других. Они отражают реакции других людей, но не в состоянии рассматривать любое свое провокационное или дисфункциональное поведение.
5. Вызывает сомнение наличие у пациента мотивации к изменению. Эта проблема особенно актуальна для тех пациентов, которые «были посланы» на психотерапию членами семьи или судом. Пациент на словах стремится к психотерапии и признает необходимость изменений, но явно избегает их.
6. Проблемы личности пациентов кажутся им приемлемыми и естественными. Например, депрессивный больной без диагноза Оси II может сказать: «Я просто хочу избавиться от этой депрессии. Я знаю, что значит хорошо себя чувствовать, и я хочу снова чувствовать себя так». Пациент с диагнозом Оси II может видеть проблемы, как бы сам являясь ими: «Я такой и есть», «Это и есть я». Это ни в коем случае не указывает на то, что пациента устраивает такой стиль личности и соответствующее поведение. Пациент с избегающим расстройством личности может хотеть более активно общаться с людьми, но считает себя неполноценным человеком. С другой стороны, пациент с нарциссическим расстройством личности может не признавать никаких проблем, кроме отказа или нежелания других восхищаться им и ценить его.

Расстройство личности является, вероятно, одной из наиболее ярких иллюстраций разработанной Беком концепции «схемы» (Beck, 1964, 1967; Beck et al., 1979;

Freeman, 1987; Freeman et al., 1990). Схемы (определенные правила, которые управляют обработкой информации и поведением) могут быть разделены на ряд категорий, таких как личностные, семейные, культурные, религиозные, гендерные или профессиональные схемы. Схемы могут быть выведены из поведения или оценены в ходе беседы и при сборе анамнеза. В случае пациентов с диагнозом Оси II психотерапевтические усилия направлены именно на работу со схемами. Положение определенных схем на континууме от активных (гипервалентных или валентных) к неактивным (скрытым или латентным) и их положение на континууме от «непроницаемых» до изменчивых является для психотерапевта важным параметром, который можно использовать в понимании проблем пациента и при выработке стратегии лечения.

Учитывая хронический характер проблем и цену, которую эти пациенты платят в смысле их изоляции, зависимости от других или внешнего одобрения, напрашивается вопрос: почему поддерживаются эти дисфункциональные формы поведения? Они могут создавать трудности на работе, в школе или в личной жизни. В некоторых случаях они подкрепляются обществом (например, преподаватели поощряют ребенка, который «настоящий работник», «мальчик, не валяющий дурака», «мальчик, не лодырничавший, как другие», «старательный мальчик, получающий только “отлично”»). Часто пациент «знает», что схемы ошибочны, но ему очень сложно их изменить. Здесь особенно важны два фактора: во-первых, как указал Диджузеппе (DiGiuseppe, 1986), проблема может отчасти состоять в том, что людям (включая психотерапевтов, ориентированных на научный подход) трудно осуществить «сдвиг парадигмы» и сменить иногда подходящую гипотезу на менее знакомую; во-вторых, как отметил Фримен (Freeman, 1987; Freeman & Leaf, 1989), люди часто приспособляются к существенно искаженным схемам и извлекают из них краткосрочные выгоды, несмотря на то что эти схемы ограничивают способность справляться с жизненными трудностями в отдаленной перспективе. Относительно первой проблемы Диджузеппе (DiGiuseppe, 1989) рекомендует психотерапевтическое использование в качестве примеров разнообразных ошибок, которые продуцирует определенная схема, чтобы показать ее искажающее воздействие на различные области жизни пациента, с последующим объяснением альтернативного неискаженного варианта. Хотя можно было бы ожидать, что психотерапия после этих рекомендаций часто будет продолжительной, рекомендуемые стратегии для работы с этой проблемой в значительной степени находятся под контролем психотерапевта и обычно могут применяться по необходимости. Вторая проблема не столь проста. Когда пациенты пытаются компенсировать, например, свою тревогу, они должны изменить свою жизнь и повернуться лицом к проблеме тревоги. Упомянутый ранее пациент, описывавший период военной службы как «лучшее время жизни», мотивировал это тем, что ему не нужно было заботиться, что надеть, что делать, куда идти или что есть. Учитывая анамнез пациента и манеру ответа, мы не ожидали, что пациент

выберет психотерапевтическую стратегию, включающую в себя выполнение домашних заданий, подвергающих его многочисленным новым рискам (Turner, Beidel, Dancu & Keys, 1986). Прежде чем пациент примет соответствующую психотерапевтическую стратегию, психотерапевт, вероятно, должен будет попробовать изменить первоначальные ожидания пациента относительно целей, продолжительности и процедур психотерапии, помочь пациенту достичь некоторых относительно непосредственных и практических выгод и развить отношения сотрудничества, основанные на доверии и поддержке.

При работе с пациентами, страдающими расстройствами личности, необходимо прежде всего осознавать, что психотерапия вызовет тревогу, так как людей просят более чем об изменении конкретного поведения или восприятия. Их просят перестать быть теми, кем они являются и кем они считали себя многие годы. Хотя схематическая структура может быть неудобна, создавать ограничения и вызывать чувство одиночества, для пациента изменить ее — значит оказаться на новой, чужой территории: «Мне могут причинить вред, я чувствую серьезную угрозу, и поэтому я встревожен». Признание тревоги, вызванной изменением, является решающим фактором успешного лечения пациента с расстройствами личности. Пациент должен быть информирован о возможности возникновения тревоги, чтобы это не было неожиданностью и не вызвало шок. Бек с соавторами (Beck et al., 1985), обсуждая лечение агорафобии, пишут:

Важно понимать, что пациент испытывает тревогу для активизации примитивных когнитивных уровней (так как эти уровни непосредственно связаны с подобными аффектами). Повторяющееся, прямое, непосредственное признание того, что сигналы опасности не ведут к катастрофе... увеличивает способность примитивного уровня реагировать на более реалистические воздействия высших уровней (p. 129).

Один пациент сообщал, что «чувствовать себя в безопасности хорошо, и он не понимаю, почему он должен от этого отказываться». По мере того как психотерапевт начинает помогать этим пациентам позволять себе быть более уязвимыми, пациенты будут испытывать все большую тревогу. Если они не способны успешно справиться с тревогой, они блокируют или прекратят психотерапию. (Объем книги не позволяет нам детально обсудить лечение тревожных расстройств; см.: Beck et al., 1985; Freeman & Simon, 1989.)

Осознавая важность изменения схем, нужно учитывать, что изменяются они с большим трудом. Их поведенческие, когнитивные и эмоциональные элементы прочно удерживают их. Психотерапевтический подход должен быть трехкомпонентным. Если осуществлять строго когнитивный подход и пробовать убеждениями помочь пациенту преодолеть искажения, это не подействует. Попытки создания в рамках сессии возможностей для выхода подавляемых эмоций с помощью фантазий или

воспоминаний сами по себе не приносят успеха. Необходима психотерапевтическая программа, которая адресована всем этим трем областям. Когнитивные искажения пациента указывают на схему. Важными элементами также являются стиль искажения, содержание, частота и последствия искажений.

Неудачно сложившаяся жизнь может способствовать устойчивости искаженных схем и развитию расстройств личности. Пример этого содержится в данных, полученных Циммерманом, Пфолем, Станглом и Кориэллом (Zimmerman, Pfohl, Stangl & Coryell, 1985). Они изучали выборку женщин, которые были госпитализированы с острыми депрессивными эпизодами, относящимися к заболеваниям Оси I по классификации *DSM-III*. Они разделили выборку на три группы с разными показателями по шкале, измеряющей количество негативных событий в жизни (такая шкала разработана для оценки состояния по Оси IV — тяжесть психосоциальных стрессоров). Оказалось, что по показателям острой симптоматики, полученным с помощью таких методик, как Шкала депрессии Гамильтона (*Hamilton Rating Scale for Depression*) (Hamilton, 1967) и Опросник депрессии Бека (*Beck Depression Inventory*), все три группы схожи. Несмотря на очевидное подобие симптомов у групп, различающихся по наличию негативных событий в жизни, тяжесть случаев в пределах каждой группы и сложность лечения для этих людей значительно различались. Из 30 % всех пациентов, которые предприняли попытку самоубийства в ходе исследования, люди, испытывавшие сильный стресс, пытались покончить с собой в четыре раза чаще, чем испытывавшие слабый стресс. Расстройства личности были очевидны у 84,2 % группы с сильным стрессом, у 48,1 % группы с умеренным стрессом и только у 28,6 % группы со слабым стрессом. Исследователи интерпретировали тот факт, что частые негативные события жизни были связаны с расстройством личности и тяжестью случая, как по крайней мере отчасти связанный с постоянным характером этих событий и реакции пациентов на эти события; если в чьей-либо жизни слишком часто происходят негативные события, вполне вероятно пессимистическое отношение к себе, миру и будущему. Напротив, пациенты, которые успешно избегают жизненных стрессоров, могут жить в относительно безопасном личном мире и иметь очень низкие показатели *клинически очевидных* расстройств личности. При исследовании направлений к психиатру в военном госпитале в мирное время, например, единственным заметным различием между этой популяцией пациентов и теми, кто получал такие направления среди гражданских лиц, был очень низкий уровень диагностируемых расстройств личности (Hales, Polly, Bridenbaugh & Orman, 1986). Клиническое проявление расстройства личности само по себе не является ответом на вопрос, имеют ли пациенты искаженные схемы. Как свидетельствует обширная литература по самоисполняющимся пророчествам, можно делать постоянно искаженные предсказания ввиду неточных схем и все-таки всегда быть адекватным, если не рисковать и не пытаться проверить более точные альтернативные схемы (Jones, 1977).