



**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ  
ТЕРАПІЇ**

*Від турботи про психічне здоров'я окремої особи, родини – до більш здорового та гармонійного суспільства...*

**УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**

**пр. Червоної Калини 86а, Львів, 70049, e-mail: [i.cbt.org.ua@gmail.com](mailto:i.cbt.org.ua@gmail.com), веб-сайт: [www.i-cbt-org.ua](http://www.i-cbt-org.ua)**

---

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

**«КПТ дизморфофобічного розладу»**

**Ірина Данилкова**

**Львів-2014**

## Зміст

1.	Презентація випадку без терапії.....	3
2.	Огляд проблеми: статистика, наслідки.....	3
3.	Діагностичні критерії DSM V.....	4
4.	КПТ модель BDD.....	4
5.	Коморбідності і супутні проблеми.....	8
6.	Походження.....	8
7.	Доказові втручання і рекомендації протоколу NICE.....	9
8.	Обстеження і диференційний діагноз.....	9
9.	Типовий протокол КПТ.....	10
10.	Опис окремих фаз лікування, деталі.....	11
	• Психоедукація і формулювання.....	11
	• Постановка цілей і соціалізація в КПТ.....	11
	• Мотиваційне інтерв'ювання (повторення).....	11
	• Модуль 1- ідентифікація і тестування ключових НАДів ( і когніцій «глибшого рівня»).....	12
	• Модуль 2- ПЕ та експозиції щодо подолання уникнення (зокрема соціальних ситуацій).....	13
	• Модуль 3 – відмова від нейтралізуючих активностей.....	14
	• Модуль 4 – майндфулнес і зміна перцепції.....	16
	• Модуль 5 - робота з переоцінкою значення зовнішності, низькою самооцінкою та перфекціонізмом.....	17
11.	Типові труднощі у терапії.....	19
12.	Особливості модифікації КПТ при коморбідностях.....	19
	Бібліографія.....	20

## **1. Презентація випадку без терапії.**

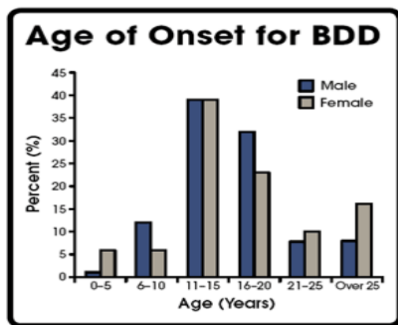
Жінка Т., 37 років, була скерована психіатром на КПТ з приводу панічного розладу з агорафобією і депресією легкого ступеня важкості. Не виходила з дому одна протягом 3 років. Приймала медикаментозне лікування. При обстеженні додатково виявлено соціальну фобію, obsesивно-компульсивний розлад, перфекціонізм, низьку самооцінку. Після успішної терапії тривожних розладів і депресії спостерігається наступна симптоматика.

Т. не подобаються їй гомілки і те, як вона іде. Вона вважає, що одна її гомілка тонша за іншу, і при ходьбі вона тягне ліву гомілку. Через це вона дуже страждає і соромиться людей. «Я себе ненавиджу, я урод, я не так іду». Такі думки приносять емоційне страждання: пригнічений настрій, невдоволення, сором, страх. Т. всіяко намагається приховати свій дефект, уникає бувати на людях, уникає соціальних ситуацій, з дому виходить, коли стемніє, ходить лише у штанах, сідає там, де найменш освітлена ділянка. Їй не подобається власне відображення у дзеркалі чи вітринах магазинів. «На вулиці почуваю себе як на подіумі. Я соромлюся своєї тіні». Страждання посилюються у весняно-літній період, бо вона не може одягнути спідницю, плаття, туфлі. Раніше Т. приділяла велику увагу своєму зовнішньому вигляду, одягу, косметичці. Тепер намагається одягатися, як вона каже «просто, а не вишукано, як раніше», щоб не привертати увагу. Вона переживає, що, коли люди побачать її гомілки, то будуть звертати на них увагу, оглядатися, жаліти її, співчувати, подумують, що вона ще така молода, а вже бідна і хвора після операції.

Росла у родині, де було домашнє насилля, батько психологічно кривдив матір, принижував і звинувачував її у багатьох речах, зокрема у в тому, що донька «мала ростом, неповноцінна». З дитинства вважала себе недорозвиненою через невисокий зріст. «Раз я не виросла, то може я якась недорозвинена, може мій мозок теж не розвинувся,» - пояснювала вона сама собі, коли отримувала негативну оцінку у школі. Страждання через невисокий зріст посилилися у підлітковому віці. У 27 років, коли ріст Т. складав 155 см, вона зробила операцію по видовужуванню ніг, після чого її ріст збільшився на 5,5 см. Довгоочікувана операція принесла бажаний результат стосовно росту, але, як вважає Т., внаслідок операції з'явилася нова проблема, різна товщина гомілок і відставання тоншої гомілки при ходьбі.

## **2. Огляд проблеми: статистика, наслідки.**

- 1.5-2.5% дорослих осіб, 4-5% підлітків
- Звичайно починається у підлітковому віці ( 40% у 11 - 15 років, 25-35% у 16 -20 років), мал.1
- Дещо частіше у жінок, але у чоловіків теж (у США 2.5 до 2.2%)
- Его-синтонний розлад
- 75% інтенсивно «лікують» свій «дефект» – дерматологічне, хірургічне (20-40%), стоматологічне лікування – БЕЗРЕЗУЛЬТАТНО (15-50% пацієнтів, що звертаються до дерматологів і косметичних хірургів мають BDD)
- Суттєвий вплив на якість життя (в середньому переживання і нейтралізуючі дії забирають щодня 3-8 годин)
- Переважно не звертаються за допомогою
- КПТ – ефективне!!!



### 3. Діагностичні критерії DSM V:

Що таке дисморфофобічний розлад BDD?

- Надмірне хвилювання за один (хоч як правило 5-7) дефект зовнішності – який реально не помічають сторонні особи чи ж вважають мінімальним. Підвид – м'язева дисморфофобія.
  - Компульсивні перевірки чи інші нейтралізуючі дії (косметика, пошук завірень, самообстеження у дзеркалі, порівняння себе з іншими і т.п.)
  - Значний дистрес і вплив на якість життя
  - Це не розлад харчової поведінки, де є занепокоєння зайвою вагою
- СПЕКТР КРИТИЧНОСТІ ЩОДО РЕАЛЬНОСТІ «ДЕФЕКТУ»: від наявної до повністю відсутньої

### 4. КПТ модель BDD.

Симптоматика: думки і фокус уваги

- Постійні переживання (схожість з obsesіями) щодо свого «дефекту» - забирають багато часу, важко їм протистояти
- Вважають себе негарними, «бридкими» і т.п.
- Фокус на найрізноманітніших дефектах – обличчя, шкіра, прищі, волосся, асиметрія, груди, ноги, геніталії і т.д. Найчастіші локалізації дефект: шкіра -73%, волосся – 56%, ніс - 37%, вага – 22%, живіт – 22%, ноги в цілому – 18%, ріст – 7% .
- Часто думають, що всі це помічають (елемент соціофобічний) – намагання приховати або ж уникнення. Перепитування рідних/друзів.
- Ступінь критичності різний, переважно малий

Т. дуже переживає через свій «дефект», гомілки різної товщини і відставання однієї гомілки при ходьбі. «Я себе ненавиджу, я урод, я не так іду».

Вона всіляко намагається приховати гомілки, уникає бувати на людях, уникає соціальних ситуацій, з дому виходить, коли стемніє, ходить переважно у штанах, не носить плаття, спідниці, туфлі, намагається одягатися так, щоб не привертати увагу, сідає там, де найменш освітлена ділянка.

Т. переживає, що, коли люди побачать її гомілки, то будуть звертати на них увагу, оглядатися, жаліти її, співчувати, подумують, що вона ще така молода, а вже бідна і хвора після операції.

Симптоматика: емоції

- Тривога
- Небезпека
- Страх

- Пригнічений настрій
- Роздратування
- Невдоволення
- Ненависть до себе
- Сором

Емоції Т.: пригнічений настрій, невдоволення, сором, страх.

#### Симптоматика: нейтралізуюча поведінка

- Метою поведінки є досліджувати/слідкувати за дефектом, ліквідувати його чи приховати
- Порівняння себе з іншими
- Перевірка в дзеркалі або ж уникнення дзеркал
- Приховування – косметика, одяг, хода і т.п.
- Уникнення соціальних ситуацій, ситуацій, де їх тіло більш помітне
- Косметичне лікування або «самопроцедури»
- Шейпінг, спорт і т.п.
- Перепитування і пошук завірень інших щодо цих дефектів і їх видимості

Т. уникає дивитися на своє відображення у дзеркалі чи у вітринах магазинів. Приховує свій «дефект» з допомогою одягу, уникає соціальних ситуацій або освітлення, де тіло більш помітне, виходить з дому, коли стемніє. Порівнює себе з іншими.

#### Типова динаміка

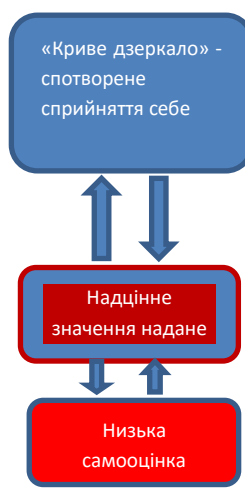
- \* 75% початок у віці до 18 років
- \* Типово субклінічні симптоми з'являються у віці 12-13 років
- \* Середній вік початку розладу – 15 років
- \* Без лікування хронічний перебіг
- \* Великі витрати на одяг, косметику, дерматологічне та хірургічне лікування
- \* Після косметичної хірургії, як правило, незадоволені результатом і симптоматика посилюється
- \* Значний вплив на соціальне життя, роботу, навчання (аж до повної ізоляції вдома)
- \* 25% роблять суїцидальну спробу, 20% не завершують академічного навчання

Початок розладу Т. в підлітковому віці. У віці 27 років вона пройшла хірургічне лікування, операцію по видовженню ніг, але залишилася невдоволеною своєю зовнішністю.

#### Типові підтримуючі цикли і процеси.

- 1) Надмірного значення наданого зовнішності і низької самооцінки (глибинних переконань і правил життя)
- 2) Фокусування уваги та перфекціоністичних стандартів
- 3) Уникнення
- 4) Нейтралізуючих активностей (дисфункційних коупінг-стратегій)
- 5) Можливі зв'язки з супутніми проблемами (соціальна ізоляція) та коморбідностями (депресія, проблемні способи емоційної регуляції та ін.)





У Т. можемо спостерігати всі п'ять підтримуючих циклів.



У Т. низька самооцінка, і правило життя, що вона може бути щаслива лише тоді, коли її тіло ідеальне. Вона оцінює свою зовнішність через «криве дзеркало»: перфекціоністичні стандарти оцінювання, порівняння себе з іншими. І через цю лінзу завжди бачить своє тіло негарним, що знову підтримує низьку самооцінку. Разом з тим Т. занедбала власний розвиток у інших сферах життя/самооцінки, не вчилася, не працювала.

**№2**



У Т. спостерігаємо цей підтримуючий цикл фокусування уваги та перфекціоністичних стандартів. Перфекціоністичний нереальний стандарт «я буду гарна, якщо мої гомілки будуть однакової товщини, і моя хода буде, як у моделі» змушував Т. порівнювати себе з ідеальними тілами і тримати фокус уваги на гомілках і ході, які їй не подобалися. Досягти цього високого стандарту було неможливо, тому він призводив до підтримування негативного сприйняття власного тіла.

**№3**



Негативні автоматичні думки Т. про те, як її сприймають інші: «Якщо люди побачать мої гомілки, то будуть звертати на них увагу, оглядатися, жаліти мене, співчувати, подумать, що я ще така молода, а вже бідна і хвора після операції.»,- приводять до уникнення людей, спілкування, і неможливості здобути корегуючий досвід. Як наслідок, думки продовжують існувати; уникнення спілкування призводить до самоізоляції, самотності, які тільки підкріплюють низьку самооцінку.

**№4**



Т. думала про себе: «Я урод, я не так іду», «Всі це бачать». Це змушувало її приховувати свій «дефект» з допомогою одягу, уникати освітлення, де тіло більш помітне, виходи з дому, коли стемніє, уникати свого відображення у дзеркалі чи у вітринах магазинів. З одного боку ці дисфункційні коупінг-стратегії зменшували напругу і самопідкріплювалися, а з іншого, не давали можливості здобути корегуючий досвід, і підтримували низьку самооцінку.

#### **5. Коморбідності і супутні проблеми.**

- \* Депресія (40-60%), підвищений ризик суїциду
- \* Тривожні розлади, зокрема ОКР (30%, в тому числі у родичів) і соціальна фобія (40%)
- \* Низька самооцінка
- \* Перфекціонізм
- \* Розлади харчової поведінки
- \* Зловживання психоактивними речовинами
- \* Особистісний розлад (зокрема ухильний)

До коморбідностей Т. належали: депресія легкого ступеня, тривожні розлади (панічний розлад з агорафобією, соціальна фобія, obsесивно-компульсивний розлад), перфекціонізм, низька самооцінка.

#### **6. Походження.**

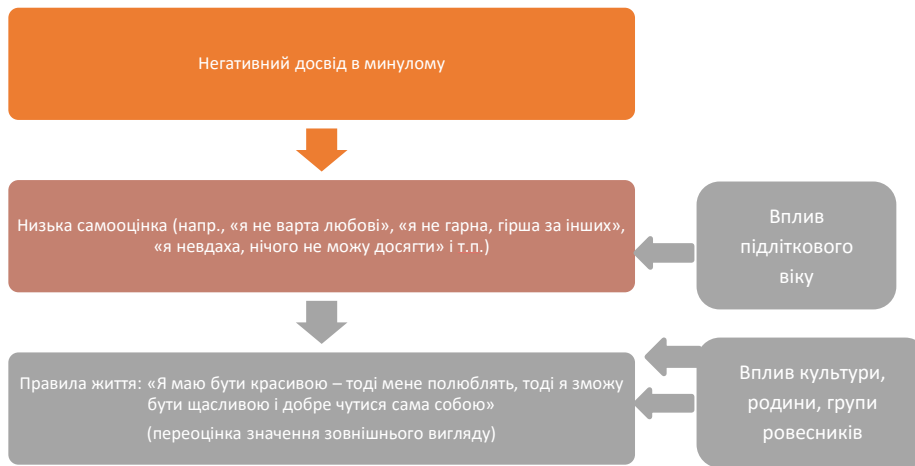
##### **Фактори схильності**

- Біологічні – ОКР у родичів, схильність до «зациклення»
- Психологічні – низька самооцінка, досвід скривдження та емоційного занедбання, надмірне значення надане зовнішності у родичів і в соціальному середовищі (вкл. масмедіа, роль культури і середовища)
- Нейробіологічні перцептивні особливості – увага радше на деталях, а не на цілісному образі
- **Критична подія:**
  - Підлітковий вік
  - Насмішки/коментарі ровесників

##### **ГП і ПП:**

- Низька самооцінка і велика вага у самооцінці образу власного тіла, зовнішньому вигляду.
- Велике значення надане зовнішності у тому, щоб бути задоволеним собою, мати прийняття іншими, у щасливому майбутньому і т.п.
- Переоцінка критичного ставлення інших людей, очікування на відкинення, на зверхне ставлення (якщо ти не...) – а «досконала» зовнішність захищає від цього
- Перфекціоністичні стандарти





Т. росла у родині, де було домашнє насилля, батько психологічно кривдив матір, принижував і звинувачував її у багатьох речах, зокрема у в тому, що донька «мала ростом, неповноцінна». «Раз я не виросла, то може я якась недорозвинена, може мій мозок теж не розвинувся.», - пояснювала вона сама собі, коли отримувала негативну оцінку у школі.

Цей негативний досвід призвів до формування глибоких переконань: «Я недорозвинена, я урод, я не варта любові», і правила життя : «Я є ок і буду щаслива, люблена, лише тоді, коли моє тіло гарне».

#### 7. Доказові втручання і рекомендації протоколу NICE.

- 1) КПТ – близько 10 РКД, хороший ефект – терапія вибору!
- 2) Антидепресанти – SSRI.

#### 8. Обстеження і диференційний діагноз.

##### Обстеження:

- \* Делікатно, важко/соромно говорити
- \* Діагностичні критерії і диференційний діагноз
- \* BDD-SS шкала
- \* Ступінь критичності: «Наскільки ви вірите у те, що справді маєте дефект?»
- \* У моделі КПТ – усі важливі деталі
- \* Наслідки, вплив на якість життя, вторинні проблеми
- \* Коморбідності
- \* Оцінка мотивації
- \* Оцінка очікувань від терапії

##### Диференційний діагноз.

Із ОКР: спільне – присутня obsесивна заклопотаність і нейтралізуючі активності.

Відмінне – спектр критичності різний, при ОКР критика збережена у більшості випадків; при BDD пацієнти є більш переконані, що їхні переконання правдиві (наприклад, що вони гидкі). Питання «наскільки ви вірите, що справді маєте дефект?» може допомогти віддиференціювати.

Пацієнти з BDD більш імовірно мають глибокі переконання, які включають неприємні відчуття: неадекватності, сорому, нікчемності.

Зі СФ: спільне – тенденція до високого рівня соціальної тривоги, дистресу, страху, уникнення у соціальних ситуаціях. Також обидва розлади включають відчуття неадекватності,

сорому, заклопотаність тим, що інші люди бачать їх, і страх бути негативно оціненим, збентеженість, приниження.

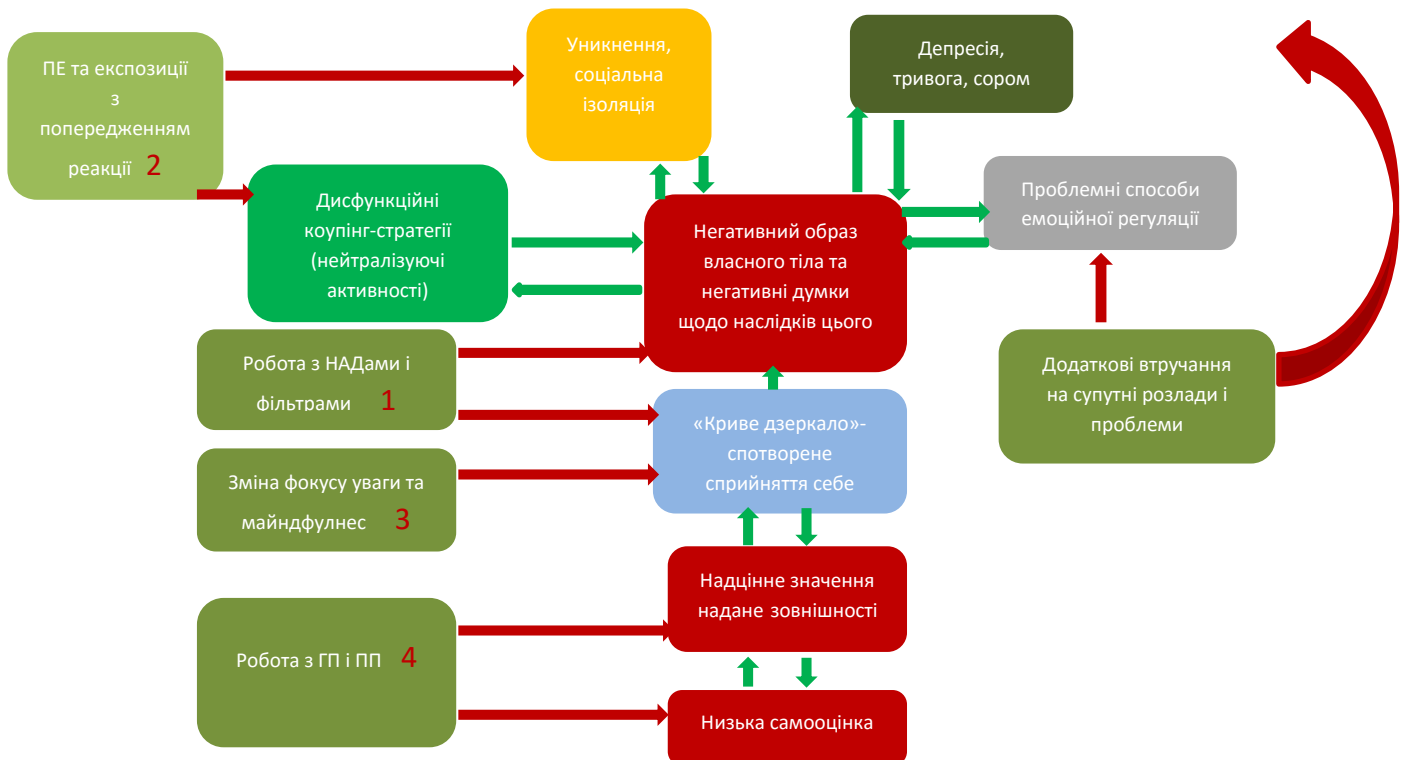
На відміну від соціальної фобії, при BDD фокус є на специфічному сприйнятті недоліків тіла і майже всі пацієнти мають компульсивну поведінку.

З ТЗ: спільне – фокус уваги на тілі і нейтралізуючі активності (перевірки).

Відмінне: при BDD немає тривоги за здоров'я, а є страх бути негативно оціненим через якийсь тілесний «дефект».

## 9. Типовий протокол КПТ.

- 1) 20-25 сесій
- 2) Перші тижні – 2 рази на тиждень, далі 1 раз, бустерні останні три сесії через тиждень, через місяць і два місяці.
- 3) Важкі форми – інтенсивна щоденна терапія
- 4) Враховувати коморбідності у терапевтичному плані
- 5) З багатьма пацієнтами після обстеження і психоедукації необхідним є етап мотиваційного інтерв'ювання до початку власне терапії
- 6) 1-3 сесія – обстеження, формулювання, психоедукація, постановка цілей, соціалізація в КПТ
- 7) 4-7 сесія – ідентифікація та тестування ключових думок (вербальне, пізніше ПЕ)
- 8) 8-13 сесія – поведінкові експерименти, експозиція з попередженням реакції
- 9) 14-15 сесія – майндфулнес і зміна сприйняття/фокусування уваги
- 10) 16-20 – робота з глибинними переконаннями і правилами життя
- 11) 21-23 – попередження рецидиву
- 12) ОПЦІОНАЛЬНІ МОДУЛІ: питання косметичної операції/лікування, маса/м'язи/форма тіла, депресія, коморбідності та ін.



#### **10. Опис окремих фаз лікування, деталі.**

##### **Психоедукація і формулювання:**

- Дати цьому достатньо часу (до двох сесій)
- Психоедукація – базова інформація
- «Проблема не у вигляді тіла, а в сприйнятті тіла»
- Формулювання – колаборативний розгляд усіх важливих компонентів (походження, роль культури, цикли, спотворене сприйняття і т.д.)
- Дати можливість «засвоїти» – час, співпраця, діалог, а не лекція
- Може бути дуже корисною сімейна психоедукаційна сесія

##### **Постановка цілей і соціалізація в КПТ:**

1. В контексті мотиваційного інтерв'ювання при потребі
2. Життєві цінності і як BDD стоїть перешкодою
3. Довготривалі цілі (одужати) і короткотривалі (напр., хв розглядати у дзеркало обличчя і не більше)
4. Соціалізація в КПТ – про КПТ, типовий перебіг, модель КПТ, співпрацю, д/з і т.д.
5. Терапевтичний контракт

##### **Мотиваційне інтерв'ювання (повторення):**

#### **Чому мотиваційна робота при дизморфофобічному розладі?**

- Его-синтонна природа
- Синтонність часто є культуральним цінностям, середовищу
- Помилка – «тиснути на пружину», батьки і терапевт беруть на себе надто велику відповідальність за вирішення проблеми
- Важлива активна і самостійна позиція пацієнта по відношенню до рішення проблем (терапевт лише консультант) – це її життя, проблеми, цілі, майбутнє...
- Часто пацієнти стикаються зі звинуваченнями – важливість валідизації, розуміння – втім і емпатичної конфронтації
- Втручання ефективні лиш тоді, коли вони відповідають фазі циклу
- Краще менші кроки, але успішні!
- КПТ починається з моменту, коли є усвідомлення та бажання змін – до того часу місце належить мотиваційним втручанням!

##### **Стадії змін**

##### **(Prochaska, DiClemente, 1983):**

- Преконтемляція – нема усвідомлення проблеми і необхідності змін

- Контемпляція – є усвідомлення проблеми, але і вагання щодо можливості та доцільності змін
- Підготовки – прийнято рішення про необхідність змін і іде підготовка
- Реалізації змін – вживається заходів для досягнення змін
- Утримання змін – утримання досягнень
- (Рецидиву – повернення проблем) – як можливість...

#### **Можливі техніки на стадії преконтемляції:**

- Конфронтація з проблемою та її наслідками
- Психоедукація
- Дослідження «прірви» між бажаним і наявним та ролі проблеми у неможливості руху у напрямку до бажаного стану у житті

#### **Можливі техніки на стадії контемляції:**

- Дослідження значення змін, цілей, проблеми. Прийняття амбівалентності. Позиція терапевта – нейтральна, без тиску – допомогти пацієнту дослідити значення змін і самостійно прийняти рішення
- Аналіз «за» і «проти», коротко і довготермінові наслідки різних «доріг»
- Мої мрії на майбутнє, життєві цілі – і тоді співставити з хворобою
- Лист проблемі як другу і проблемі як ворогу
- Лист з майбутнього – якщо проблема буде, і якщо проблеми не буде
- Підсумкова коупінг-картка

#### **Техніки на етапі підготовки:**

- Готовий до змін, але як це зробити?
- Підтримка і визнання труднощів
- Давати надію
- Визначення цілей терапії (SMART)
- Обговорення змісту і наслідків терапії.
- Соціалізація у модель КПТ
- Пояснити вибір терапії і які можуть бути перешкоди.

#### **Модуль 1 - ідентифікація і тестування ключових НАДів ( і когніцій «глибшого рівня»):**

- Початок з вербального тестування, з навчання про НАДи, когнітивний принцип методи їх ідентифікації і тестування
- Так само може бути корисною навчити ідентифікувати когнітивні фільтри

- Вербальні техніки готують добрий ґрунт для подальших поведінкових експериментів
- ПЕ – тестування думки інших (напр., методом анкетування)
- Приклади, «У мене жакликий ніс», «Усі дивилися на мій ніс», «Зі мною бридко спілкуватися», «З таким носом ніхто з хлопців не захоче зі мною зустрічатися», «Для хлопців – зовнішність дівчини головне у виборі дівчини, усі інші мої позитиви не вартують нічого» і т.п.

У ході роботи для перевірки когніцій Т. ( «Люди помітять, що одна гомілка тонша за іншу» - 100%, «Люди помітять, що я кульгаю» - 50%, «Люди подумают, що я урод» - 70% ) був розроблений поведінковий експеримент. Терапевт записала на відео, як Т. вдома ходить у коротких шортах, де повністю видно її ноги. Тоді розробили опитувальник, де були три питання: як би ви оцінили привабливість цієї жінки, що можете сказати про її ноги і про те, як вона іде. Відео переглянули 10 незнайомих людей. Згідно результатів опитування, 90% людей оцінили привабливість Т. як вище середньої, всі вказали, що ноги красиві, і жодна людина не вказала різну товщину гомілок і кульгавість. В результаті експерименту віра у НАДІ зменшилася: «Люди помітять, що одна гомілка тонша за іншу» -50%, «Люди помітять, що я кульгаю» - 25%, «Люди подумают, що я урод» - 50% .

### **Модуль 2 - ПЕ та експозиції щодо подолання уникнення (зокрема соціальних ситуацій):**

- Як правило є виражене соціальне уникнення і специфічні думки щодо того, що думають інші і як ставляться інші до тебе через твій «дефект»
- ПЕ специфічні до думок (напр., «всі дивляться на мене», «зі мною ніхто не захоче спілкуватися» – прокладають дорогу експозиціям
- Ієрархія ситуацій щодо яких буде робитися експозиція (з включенням ПЕ при потребі)
- Спочатку разом, тоді самостійно – щоденно! Як правило до кінця терапії!
- Поступово додавати відмову від захисної поведінки (напр., маскуючий одяг, положення тіла і т.п.)
- Пам'ятати про належний фокус уваги (як у терапії соціальної фобії)

### **Приклади сходинок ієрархії:**

- Піти на сімейне свято
- Піти в церкву
- Сісти в кафе так, що тебе бачитимуть інші (взагалі бути на видному місці)
- Брати участь у фотографуванні
- І т.д.

Терапевт разом із пацієнткою розробили поведінковий експеримент для перевірки гіпотез А : «Якщо люди побачать мої гомілки, то будуть звертати на них увагу, оглядатися, жаліти мене, співчувати, подумают, що я ще така молода, а вже бідна і хвора після операції.» - 50%; і Б: «Якщо люди побачать мої гомілки, то вони будуть дивитися на мене так, як вони дивляться на всіх людей» - 50%. Була розроблена ієрархія соціальних ситуацій, яких Т. уникала.

Поведінковий експеримент, який був одночасно і експозицією, полягав у тому, що на камеру записували, як Т. іде, і як люди реагують на неї, і на те, як інші люди ідуть, і порівнювали. Почали з того, щоб вийти надвір, коли не зовсім темно. Згідно результатів експерименту, підтвердилася гіпотеза Б, люди дивилися на Т. так само, як і на інших. Терапевт і Т. робили експозиції кожної наступної сходинки ієрархії на сесії, і домашнім завданням було продовжувати робити ці експозиції щоденно до наступної сесії. Поступово відмовлялися від захисної поведінки, одягати вузькі штани, спідниці, шорти, перебувати у добре освітлених місцях, одягати одяг, який привертає уваги. Наслідок цих ПЕ віра у гіпотезу А зменшилася до 25%, а віра у гіпотезу Б зросла до 75%.

### **Модуль 3 – відмова від нейтралізуючих активностей:**

- Розуміння їх ролі у формулюванні і підтримці тривоги та розладу – розуміння чому це важливо
- Ідентифікація («інвентаризація»)
- Тестування їх дисфункційної ролі ПЕ
- Підтримка мотивації
- Ієрархія і план, короткотривалі цілі
- Стратегії поступової відмови і утримання
- Щоденна робота до кінця терапії як домашнє завдання

### **Приклади, нейтралізуючих активностей:**

- Обстеження «дефекту» у дзеркалі
- Порівняння своєї «дефектної» частини тіла з тим, як виглядає ця частина тіла у інших людей
- Пошук завірень
- Косметологічні процедури
- Спорт, анаболічні стероїди, білкова дієта (м'язова дизморфобія)
- Пошук інформації в інтернеті
- Покупки
- Спеціальний одяг, що маскує

### **Механізм «підтримуючої дії»:**

- Нейтралізуючі активності тимчасово зменшують тривогу – тому самопідкріплюються і відповідно усе важче справитися з тривоگوю без них
- Нейтралізуючі активності можуть мати механізм захисної поведінки – відповідно без їх усунення особа не може переконатися, що «насправді трапиться» – а відповідно здобути корегуючий досвід, що змінить негативні думки

- Нейтралізуючі активності (зокрема, обстеження себе в дзеркало, порівняння з іншими) посилюють «зациклення» на своєму «дефекті», оскільки на ньому усе більше фокусування уваги та усвідомлення своєї відмінності є сильніше
- Споживають багато часу, відповідно ведуть до занедбання інших аспектів свого життя, до вторинних проблем (наприклад, витрат коштів, запізень, конфліктів з рідними і т.п.) а відповідно роблять людину більш нещасною, що є непрямим підтвердженням НАДів (напр., «з таким обличчям я ніколи не буду щаслива»)

#### **Стратегії поступової відмови та утримання від нейтралізуючих активностей:**

- Контроль стимулів (напр., забрати дзеркальце)
- Селективна відмова (напр, тільки на роботі не відвідувати «косметологічні» сайти)
- Зменшення часу/кількості
- Відтермінування в часі початку
- Несумісна активність (напр., тримати в руках книжку, щоби не досліджувати пальцями волосся)
- Загалом планування часу та важливих активностей, щоб зменшити час, який можуть заповнити нейтралізуючі активності

#### **Специфічна проблема – видушування прищів, висмикування волосся, вищипування брів:**

- Є способом вирішити проблему, а насправді веде до її посилення (напр., червона шкіра)
- Розуміння ролі і підтримуючого циклу
- Зваження користі/шкоди і планування змін
- Моніторинг (включно з STEB аналізом і складанням списком триггерів та «ланцюжків» подій)
- План змін (включає контроль триггерів і поступове зменшення, певні адаптивні межі можуть лишитися)
- Допомога у зменшенні проблемних дій

#### **Специфічна проблема – ідея хірургічного лікування:**

- Підхід є не переконувати у недоцільності, а допомогти зважити усі за і проти
- Психоедукація – 85-95% осіб з дизморфофобічним розладом після здійсненої операції є незадоволені її результатом – інші операції, декомпенсація, міграція «дефекту» на іншу частину тіла
- Зважування за і проти
- Перевірка аргументів за і проти шляхом вербального тестування – когнітивна реструктуризація аргументів «за»
- Варіант спробувати відкласти прийняття рішення і спробувати КПТ, як метод, що лікує справжнє джерело проблеми (не зовнішність, а образ себе)

- Мотиваційне інтерв'ювання
- Поступова відмова від активностей пов'язаних з плануванням пластичної операції (інтернет, збір коштів, консультації і т.д.)

Разом із Т. розробили ієрархію поступової відміни від нейтралізуючих дії: спеціальний одяг, що маскує, порівняння себе з іншими, уникнення свого відображення у дзеркалі, вітринах . Займалися планування часу та важливих активностей, щоб зменшити час, який могли заповнити нейтралізуючі активності.

#### **Модуль 4 – майндфулнес і зміна перцепції:**

- Більшість пацієнтів з BDD мають проблеми зі стосунком з дзеркалами – або багато часу, розглядання дефекту зблизька, або уникнення, велика кількість дзеркал, спеціальні дзеркала і т.п.
- Проблема є зі способом фокусування уваги (фокусування на деталі, оцінка цієї деталі по відношенню до перфекціоністичного стандарту як дефекту, неприйняття)
- Повне уникнення дзеркал є неможливе і недоцільне – важливо розвинути новий стосунок – бачити «велику картину», бачити неосудливо, «неоціночно», в дусі прийняття (майндфулнес)

#### **Методика:**

- Розуміння ролі у формулюванні
- Психоедукація та постановка цілі – навчитися бачити велику картину об'єктивно, без осудження, приймаючи
- Пояснення майндфулнес і навчання базової техніки майндфулнес
- Майндфулнес до власного зображення у дзеркалі (варіант з об'єктивним описом і варіант тільки дивитися)
- Щоденно 5-10 хвилин 2 рази на день



На сесії Т. навчалася майндфулнес свого відображення у великому дзеркалі, і на домашнє завдання робила його двічі на день по 5 хв.



## **Модуль 5 - робота з переоцінкою значення зовнішності, низькою самооцінкою та перфекціонізмом**

### **Робота із переоцінкою значення зовнішності:**

- Це «глибинна» основа дизморфобічного розладу – зовнішність є ключовим критерієм у самосприйнятті та самооцінці, інші відкидаються
- Індивідуальні варіанти значень («я можу бути щаслива, лише якщо позбудуся цих прищів», «жоден хлопець зі мною не захоче одружитися, якщо я не виглядатиму досконало», «якщо я не зроблю косметичної операції – це буде катастрофою», «мене зневажатимуть, якщо ...» )
- Це глибинне переконання + правило життя – з ними не легко працювати, бо вони ригідні до змін

### **Основа роботи з переоцінкою значення зовнішності:**

Для цього застосовують дві стратегії:



Розвиток нових частин

Самооцінки

(без перфекціонізму)



Зниження частки

важливості зовнішності

### **Техніки роботи:**

1. Ідентифікація і психоедукація
2. Когнітивна реструктуризація (класична техніка)
3. Робота з діаграмою (піца)
4. Робота з графіком щастя/зовнішність
5. Поведінкові експерименти
6. Зміна ролей (терапевт-пацієнт), перспектива третьої особи
7. Емоційна рольова гра

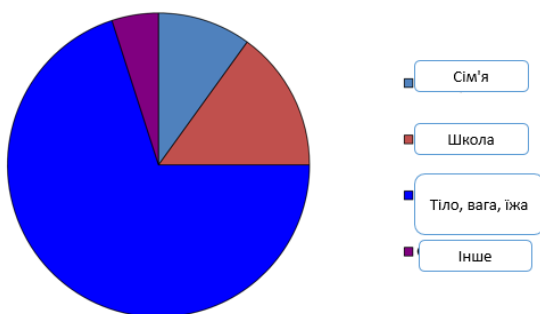
### **Техніки 1-3:**

- В процесі обстеження + техніка діаграми «Що тобі важливо у тобі? Які сфери твоєї самооцінки?»
- Як працюють глибинні переконання і правила життя (асиміляція/акомодація)
- Формулювання, підтримуючий цикл

- Переваги та недоліки, докази та протидокази такої системи самооцінки
- Пропозиція збалансованої, «кращої» системи – «продати» кращий спосіб життя
- Запропонувати більш збалансовану діаграму (створити разом, можна теж поведінковим експериментом зібрати діаграми інших осіб)
- Запропонувати зробити кроки на розширення інших сфер життя – увага до повернення у життя, зокрема соціальне (але без перфекціонізму!)

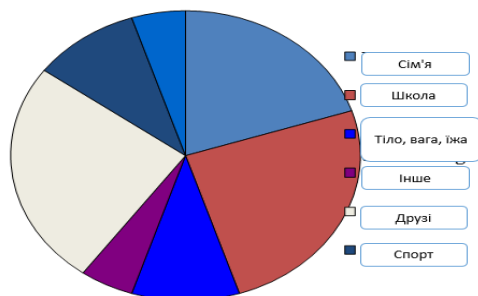
### Техніка діаграми: з чого складається самооцінка?

Зараз:



-

Здорова ціль:



-

Цього тижня: зробіть щось для тієї частини кругової діаграми, яку б ви хотіли збільшити.

### Графік зовнішність/щастя :

- скласти список (10 і більше) жінок
- оцінити їх за 10 бальною шкалою (впровадження ідеї континууму) наскільки ідеальна зовнішність/щаслива (можна модифікувати зміст щастя), можна оцінити самостійно, можна їх запитати
- Розмістити на графіку по двох осях діаграму щастя/ідеальна зовнішність і дослідити кореляцію

### Поведінкові експерименти:

- Тестувати ідеї більш широкого змісту – метод опитувальників (від чого залежить щастя жінки, що цінують чоловіки у своїх жінках)

- Специфічні для пацієнта страхи:
  - «я маю великий ніс»: власне фото і просити написати інших людей три речі, які кидаються в очі

#### **Емоційна рольова гра/метод роботи з «Часткою Дизморфофобії»:**

- Зі схема терапії
- Ідентифікувати – хто зараз говорить? – на інше крісло (дистанціювання)
- Дослідити походження
- Рольова гра – суперечка, боротьба за своє життя, своє право на щастя – два крісла або настоячи (елемент ТРТ – виштовхати) – терапевт моделює, здорова доросла частка наслідуює
- Ідентифікація ситуацій, де частка приходить – готовність до протидії ( коупінг-картка, уява, репетиція)

При роботі з Т. застосовувалися техніки діаграма і робота з графіком щастя/зовнішність. До джерел самооцінки, які, як вона хотіла б, щоб вони з'явилися у її житті, належать вчити англійську мову і займатися шейпінгом, спілкуватися з друзями. Графік щастя/зовнішність показав, що щастя мало залежить від зовнішності.

#### **11. Типові труднощі у терапії.**

- 1) Низька мотивація/критика
- 2) Супутня депресія – брак віри в терапію
- 3) Конгломерат коморбідностей – з чого починати?
- 4) Конгломерат проблем – втрата фокусу і інтенсивності.
- 5) Втягнення терапевта в пошук завірень (напр., «що ви думаєте про мій ніс?»)
- 6) Мінімальний прогрес
- 7) Суїцидальність

#### **12. Особливості модифікації КПТ при коморбідностях.**

- Депресія
- Соціальні проблеми
- Зловживання алкоголем
- ОКР
- Та ін.

### **Бібліографія:**

1. Sabine Wilhelm, Katharine A. Phillips, Gail Steketee «Cognitive-Behavioral therapy for Body Dysmorphic Disorder». New York London «The Guilford Press», 2013
2. Д.Бек «Когнитивная терапия. Полное руководство. Москва. Киев, 2006
3. Д.Гринберг, К.Падески «Управление настроением. Методы и упражнения» Питер, 2008
4. Д. Вестбрук, Г. Кеннерлі, Д. Кірк «Вступ у когнітивно-поведінкову терапію», Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2014