



Ведучий семінару
Олег Ігорович Романчук –
 лікар-психотерапевт, дитячий
 та підлітковий психіатр,
 керівник відділення
 розвитку дитини
 навчально-реабілітаційного
 центру «Джерело» у м. Львові
 Адреса для кореспонденції:
i.cbt.org.ua@gmail.com

СХЕМА-ТЕРАПІЯ пограничного розладу особистості

З пограничним розладом особистості (ПРО) пов'язано багато труднощів як для окремого лікаря, так і для системи охорони психічного здоров'я загалом. В цілому ці пацієнти мають «погану» репутацію з огляду на їх емоційну нестабільність, повторні кризові стани, проблеми у соціальних стосунках (зокрема, і в терапевтичних стосунках з лікарем/психотерапевтом). З точки зору можливості допомоги вони теж часто вважаються «резистентними» до терапії. Втім останніми роками інтенсивно розвивалися як моделі розуміння цього розладу, так і підходи до психотерапевтичної допомоги – зокрема у психодинамічній та когнітивно-поведінковій моделях. Ця стаття представляє специфічний напрямок когнітивно-поведінкової психотерапії (КПТ) – схему-терапію, яка була розроблена наприкінці минулого століття американським психотерапевтом Д. Янгом (J.E. Young). У дослідженні, проведеному у Голландії, була продемонстрована її доволі висока ефективність у пацієнтів з ПРО – і не лише в редукції окремих симптомів, а й загалом в особистісному оздоровленні.

Частота ПРО у загальній популяції становить близько 1-2% (з них 75% – жінки), втім серед госпіталізованих до психіатричних відділень пацієнтів частка з ПРО сягає 20-50%, в амбулаторній психіатричній службі – майже 10%. Для цього розладу характерні також високі показники коморбідності, як за іншими розладами особистості, так і за розладами першої осі: афективними, тривожними, посттравматичним стресовим розладом, розладами харчової поведінки, зловживанням психоактивними речовинами тощо. Ризик суїциду для пацієнтів з ПРО є досить високим – у 50 разів вищий, ніж загалом у популяції, і, згідно з даними досліджень, близько 9% пацієнтів з ПРО вкорочують собі життя самогубством. Більшість осіб з ПРО регулярно завдають собі ушкодження (70%), використовуючи поведінку самопошкодження, зокрема як спосіб регуляції емоційного дистресу.

Діагностичні критерії

Головними характеристиками ПРО є «передбачувана непередбачуваність», загальний патерн (взірець) нестабільності – в емоційній та поведінкових сферах, у міжособистісних стосунках, власній ідентичності. Відповідно, пацієнти з ПРО зазвичай мають виражені проблеми у різних сферах життя. Діагностичні критерії DSM-IV-TR вимагають для постановки діагнозу наявність щонайменше п'яти з дев'яти наступних можливих проявів цього загального патерну нестабільності:

1. Відчайдушні зусилля, спрямовані на запобігання реальній або надуманій загрозі покинення.
2. Патерн нестабільності у міжособистісних стосунках, які характеризуються переходами від крайнощів ідеалізації до знецінення.
3. Порушення відчуття власної ідентичності: постійно виражений нестабільний образ себе та відчуття самого себе.
4. Імпульсивність щонайменше у двох потенційно небезпечних для себе проявах (наприклад, у витраті коштів, статевих стосунках, водінні автомобілем тощо).
5. Повторювана суїцидальна поведінка та самопошкодження.
6. Виражена емоційна нестабільність/реактивність.
7. Хронічне відчуття внутрішньої пустки.
8. Порушення контролю злості/неадекватне вираження злості.
9. Транзиторні параноїдні ідеї, пов'язані зі стресом, або ж виражені дисоціативні симптоми.

Походження ПРО

Дослідження вказують на наступні можливі етіологічні фактори щодо походження ПРО.

1. Порушення стосунків прив'язаності у ранньому дитинстві (Baron, 2003; Buchheim, 2007; van Ijzendoorn, 2009; Newman, 2010) – зокрема ПРО пов'язують з дезорганізованим типом прив'язаності, при якому дитина не має відчуття безпеки у присутності батьків, більше того, сприймає



Рис. 1. Мультифакторна модель походження ПРО

їх як джерело загрози (діти з таким типом прив'язаності зазвичай живуть у сім'ях, де є емоційне занедбання потреб дитини, повторюваний досвід скривдження). Тому дитина знаходиться в конфлікті між «я потребую тебе» і «я уникаю тебе, бо ти небезпечна», «я хочу бути поруч» і «я боюся бути поруч» тощо. Відповідно, у неї не формується якийсь один взірець поведінки щодо батьків, і тому сама модель прив'язаності називається «дезорганізованою». Згідно з термінологією Боулбі, внутрішні робочі моделі стосунків у дітей з дезорганізованим типом прив'язаності такі: «я не можу бути любимим», «я поганий», «я не можу очікувати, що про мої потреби потурбуються», «від близьких людей слід чекати, що вони тебе скривдять, покинуть» тощо.

2. Психотравмуючий досвід – повторювана виражена психотравматизація у ранньому дитинстві (Zanarini, 2000; Battle, 2004; Noresh, 2008; Ball, 2009; Тутка, 2009). У різних дослідженнях поширеність такого досвіду різна, але завжди висока, наприклад J. Giesen-Bloo et al. (2006) встановили, що частота сексуального скривдження у дитинстві у пацієнтів з ПРО становить 71%, фізичного скривдження – 91%, емоційного занедбання – 96%. Окремі дослідники припускаються думки, що значна частина пацієнтів з ПРО мають виражені дисоціативні симптоми, і їх особистість є структурно дисоційована внаслідок хронічної психотравми під час формування особистості у дитинстві (хоч і не завжди ступінь цієї дисоціації сягає «третього рівня» характерного для дисоціативного розладу ідентичності – детальніше див. теорію структурної дисоціації особистості van der Hart, 2006).

3. Генетичні фактори (Sielver, 2002; Steele, 2010) – успадкування «емоційного та імпульсивного темпераменту», якому властиві виражена «емоційна реактивність» та імпульсивність. Існує припущення стосовно зв'язку між ПРО та розладом гіперактивності з дефіцитом уваги, який є також переважно генетичної природи. Дослідники висунули гіпотезу, що такий емоційно-імпульсивний тип темпераменту може бути певним фактором схильності, який за наявності інших факторів, зокрема психотравмуючого досвіду, може призводити до формування ПРО.

Відповідно, сучасна концептуалізація ПРО розцінює цей розлад як мультифакторний, в походженні якого сходяться ці три групи факторів (рис. 1). «Вагова» частка даних чинників у походженні ПРО може бути різною у різних пацієнтів і сама група осіб із ПРО є неоднорідною: в одних більше значення може відігравати нейробіологічна конституція, в інших – компонент комплексної психотравми; порушені стосунки з батьками у ранньому дитинстві.

Розуміння ПРО у теоретичній моделі схема-терапії

Схема-терапію розробив наприкінці 90-х років американський психотерапевт Д. Янг як модифікацію стандартної КПТ щодо лікування розладів особистості. Саме тому схема-терапію поряд з іншими сучасними підвидами КПТ відносять до так званої «третьої хвилі» у КПТ. Розвиток схема-терапії пов'язаний з тим, що класичні методи КПТ, високоефективні у лікуванні ізольованих розладів першої осі (тривожних, депресії тощо), були недостатньо ефективними при розладах особистості. На відміну від «класичних» хворих, у яких відмічалася хороша реакція на короткотривалу КПТ, пацієнти з розладами особистості мали значні проблеми із встановленням терапевтичного альянсу, ідентифікацією власних думок та почуттів, постановкою конкретних цілей. Відповідно, розвиток схема-терапії був пов'язаний з необхідністю модифікації стандартних процедур КПТ до пацієнтів з розладами особистості. У схема-терапії особливу увагу було сфокусовано на розвитку терапевтичних стосунків, застосуванні інтегрованого арсеналу технік та підходів до зміни глибинних схем (у тому числі експеріментальних підходів, сфокусованих на рескрипції схем на емоційному рівні), розвитку моделі довготривалої психотерапії, що ставить за мету досягнення змін в особистісній структурі пацієнтів з розладами особистості.

У моделі Д. Янга (J. Young, 2004) схеми є внутрішніми тематичними конструктами, які відображають і організують знання, насамперед про себе і людські стосунки, набуті в результаті життєвого досвіду, зокрема раннього дитинства. Вони відповідають тому, що в теорії прив'язаності Боулбі називає внутрішніми робочими моделями, і ці конструкти становлять структуру особистості людини та проявляються у сфері почуттів, думок, поведінки, тілесно-рухових патернів тощо. Ці схеми можуть бути більшою чи меншою мірою усвідомлені чи неусвідомлені, є схеми здорові (адаптивні) і негативні (дисфункціональні), пов'язані з негативним травматичним досвідом у дитинстві. Власне дисфункційні схеми є причиною типових проблем в осіб з особистісними порушеннями різного роду, як-от ПРО (людина може мати одночасно полярні адаптивні й дисфункційні схеми, виражені більшою чи меншою мірою). Д. Янг пов'язує дисфункційні схеми з певними категоріями тем і завдань, присутніми на різних етапах вікового розвитку дитини і ділить їх на 5 груп, в яких сумарно виділяє 18 схем. Схеми, в свою чергу, розділяє на первинні та вторинні. Вторинні є свого роду компенсацією первинних: наприклад, схема самопожертви є компенсаторною до схеми дефективності («я поганий, не вартий любові, але можу заслужити її, постійно служачи іншим, приносячи себе в жертву»). Людина може перебувати у стані активованої схеми (наприклад, жити з відчуттям «я поганий, не вартий любові») чи намагатися уникати активації схеми, оскільки більшість схем викликають емоційний дистрес, шляхом застосування копінг-стратегій уникнення або гіперкомпенсації (наприклад, для схеми дефективності стратегією уникнення буде запобігання близьких стосунків – «коли ти не підпускаєш нікого до себе близько, то захищаєшся від розчарування, що тебе ніхто не може

Класифікація дисфункційних схем за Д. Янгом (2004)**Перша група: схеми, пов'язані з порушенням прив'язаності**

1. Емоційної депривації (внутрішня спустошеність, невтамована спрага/голод любові й стосунків – «я не можу очікувати, що моя потреба у любові/турботі/підтримці може бути задоволена», «мої емоційні потреби неважливі»).
2. Відкинення/покинення/втрати («я втрачу ці стосунки, мене відкинуть/покинуть»).
3. Недовіри/скривдження («іншим не можна вірити, мене скривдять, використають»).
4. Дефективності/сорому (негативний образ себе) – «я поганий, не вартий любові».
5. Соціальної ізоляції/відчуженості («я не такий, як всі, мені нема місця у стосунках»).

Друга група: схеми, пов'язані з формуванням незалежності та компетентності

6. Залежності/безпорадності – «я не дам собі ради з життям сам».
7. Недорозвинення власного «я», «енmeshменту», «симбіотичного я» – «я – частинка іншої людини», симбіотичне сприйняття своєї ідентичності.
8. Некомпетентності (низька самооцінка, меншовагтість у сфері здібностей) – «я нічого не вмю, не маю здібностей, ні до чого не здатен, мені нічого не вдається».
9. Ранимості/тривожності – «щось погане станеться зі мною/близькими людьми, і я не зможу з цим дати раду», постійне очікування на небезпеку/катастрофу.

Третя група: порушення розвитку самоконтролю та просоціальних цінностей

10. Порушення самоконтролю та самодисципліни – «я роблю, що хочу, не можу себе стримати», «я не маю волі, не можу себе змусити робити те, що треба».
11. Грандіозності + порушення самоконтролю – «я маю особливий, вищий статус, я найсильніший, перший, головний, особливий, тому можу робити, що хочу, і вимагати, щоб інші мені корилися, служили» (потреба влади, контролю, підкорення, вищості-першості). Крайня виразність цього спектру – антисоціальна схема («я поза законом суспільства»).

Четверта група (вторинні схеми орієнтації на інших задля компенсації первинних схем)

12. Підкорення та послух (брак асертивності) – пов'язані або зі страхом втрати/відкинення, або скривдження, невпевненості у собі.
13. Самопожертви (потреба бути потрібним, «давати, щоб отримати», заслужити любов, не бути відкиненим).
14. Пошуку визнання (потреба подобатися, мати соціальний статус) – вторинна до схеми дефективності/сорому та меншовагтісті:
 - варіант нарцистичний – «я найкращий» (потреба слави);
 - варіант «звичайний» – «я чогось вартий, бо мене поважають, я подобаюсь іншим, я чогось досяг, дотримуюся певних норм».

П'ята група – інші схеми

15. Стимування, емоційної скутості – стримувати себе, щоб не спровокувати насмішок, відкинення, бути таким, як треба, не привертати увагу до себе тощо – вторинна/супутня до багатьох інших схем (відкинення, скривдження, підкорення, пошук визнання).
16. Перфекціонізму – бути досконалим, суворо дотримуватися певних високих стандартів та правил, щоб уникнути осудження та відкинення.
17. Осудливо-каральної – інші люди (або ж сама особа) мають бути покарані, виправлені, якщо роблять щось не так.
18. Негативізму/песимізму – фокусування на чомусь негативному, очікування найгіршого, нарікання, песимізм.

полюбити» або ж гіперкомпенсації – постійно шукати близьких стосунків, «боротися» за любов інших, вимагаючи від них постійних знаків, виявів та підтверджень любові тощо). На жаль, зазвичай ці стратегії ведуть швидше до підтвердження схеми, аніж її зцілення (вимагаючи від інших постійних виявів любові, ревнуючи, рано чи пізно це призведе до конфліктів у стосунках та їх розриву; уникаючи ж стосунків, навпаки, нема можливості отримати корегуючий досвід, що ти можеш бути любимим) (рис. 2).

Згідно з концептуалізацією пограничного розладу у моделі схема-терапії, у пацієнтів з ПРО значно виражений цілий ряд дисфункційних схем:

- емоційної депривації;
- покинення;
- скривдження/недовіри;
- дефективності/сорому;
- залежності;
- невпевненості;
- недостатнього самоконтролю;

- емоційної скутості;
- підкорення;
- осудливо-каральна схема (зокрема, спрямована на самоосудження).

Типові прояви ПРО зумовлені активацією схем чи компенсаторними стратегіями, пов'язаними з ними, і відповідним способом життя. Д. Янг у розробці схематерапії для осіб з ПРО впровадив також поняття «часток» – станів свідомості, які пов'язані з певним набором схем та копінг-стратегій. У пацієнтів з ПРО виділяють такі частки (рис. 3):

- зранена дитина (містить у собі зазвичай схеми депривації, скривдження, покинення, дефективності – несе у собі весь біль, пов'язаний з минулим досвідом скривдження та емоційної депривації);
- зла/неконтрольована дитина (частка пов'язана з «вибухами» злості, яка накопичується і більше не може стримуватися);
- осудливо-каральна частка (самоосудження, ненависть до себе, є свого роду «представником» у

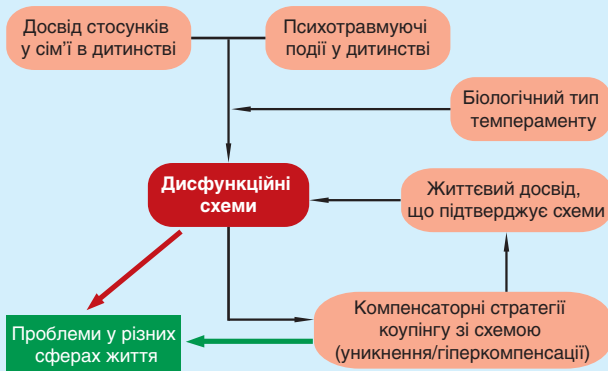


Рис. 2. Походження дисфункційних схем та механізми їх підтримки

внутрішньому світі людини осіб, що негативно ставилися до неї в минулому, які осуджували, відкидали, кривдили);

- відсторонено-захисна частка (має функцію втамувати біль, а відповідно і всі почуття – шляхом загального «втамування/замороження», або ж стратегіями зловживання алкоголем, поведінкою самопошкодження тощо);
- доросла здорова частка – зазвичай в осіб з ПРО дуже слабо розвинена, її розвиток є одним із завдань терапії.

Відповідно, у моделі схема-терапії типові прояви ПРО можна пов'язати з конкретними частками (таблиця).

Клінічний випадок

Оля, 24 роки. До восьми років росла в сім'ї в не-належних житлових умовах, де матір зловживала алкоголем та в неї було багато різних «чоловіків». Пам'ятає, що в дитинстві мама про них з сестрою зовсім не турбувалася, інколи вони мусили шукати собі їжу в смітниках, красти у магазині, просити у людей. Деякі сусіди добре ставилися до дівчат, давали їм їсти. Оля також згадує, що ніколи не відчувала маминої любові, натомість мама обзивала їх,

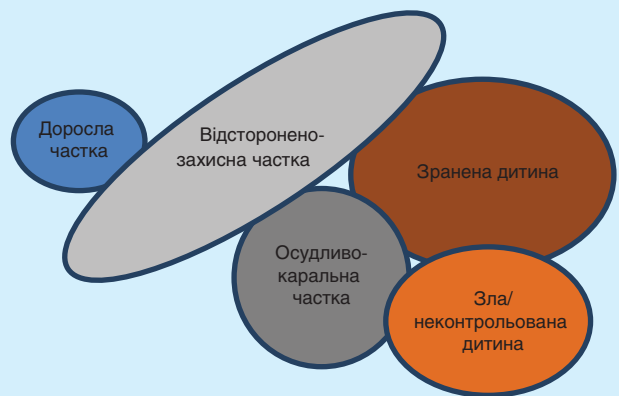


Рис. 3. Модель часток в осіб з ПРО

била, це ж саме робили її чоловіки. Один з них, Шура, змушував Олю «бавитися» з його статевим органом – «то було гидко, я завжди боялася, коли він жив у нас, а він обіцяв, що мені купить подарунок і казав, щоб я нікому не розказувала про це, бо інакше накаже». Коли Олі було 8 років, мама померла від переохолодження (п'яна заснула на вулиці на морозі), тоді Олю забрали до інтернату, меншу сестру – в дитбудинок. В інтернаті життя, зі спогадів Олі, теж було важке: «Там йшла боротьба за виживання. Я все мріяла, щоб мене удочерили і забрали звідти». По закінченню інтернату сестри-монахині, які опікувалися дітьми-сиротами в цьому інтернаті, допомогли їй переїхати жити у квартиру при монастирі, потім вступила до кулінарного технікуму. В цей час Оля надто «прив'язалася» до однієї з сестер – Орести: «Вона до мене добре ставилася, була найкращою подругою і навіть трохи мамою, хоч різниця у віці в нас незначна». І хотіла бути постійно поруч, дуже ревнувала її до інших – тоді реагувала дуже агресивно, звинувачувала у жорстокості, безсердечності. Так само постійно мала підозри, що насправді її сестра Ореста не любить, що рано чи пізно відштовхне від себе. Відповідно, на фоні цього було багато «інтенсивних» з'ясування стосунків, під час яких

Таблиця. Зв'язок між частками особистості у моделі схема-терапії та прояви ПРО

Прояви ПРО	Частки та механізми, що пояснюють ці прояви
Відчайдушні зусилля, спрямовані на запобігання реальній або надуманій загрозі покинення	Скривджена дитина, яка має схему дефективності («я не варта любові») та схему «очікування, що її покинуть»
Взірець нестабільності у міжособистісних стосунках (та переходи між ідеалізацією та знеціненням)	Скривджена дитина (очікування, що інша людина задовольнить усі емоційні потреби, звільнить від болю самотності)/ зла дитина (при розриві або розчаруванні у стосунках)
Порушення відчуття власної ідентичності: постійно виражений нестабільний образ себе та відчуття самого себе	Наслідок загального «недорозвинення» особистості, відсутності сформованого власного «я» («треба було бути не самим собою, а тим, ким інші хочуть тебе бачити») Зміна часток, відчуття різних станів власної свідомості
Імпульсивність у щонайменше двох потенційно небезпечних для себе проявах (наприклад, витрата коштів, статеві стосунки, приступи переїдання, водіння автомобілем тощо)	Зла/неконтрольована дитина, відсторонено-захисна частка (імпульсивна поведінка як спосіб тамування болю), імпульсивність як характеристика темпераменту
Повторювана суїцидальна поведінка та самопошкодження	Різні частки з різними мотивами (караюча – як покарання самого себе, скривджена дитина – від відчаю, відсторонена – поведінка самопошкодження як спосіб тамування болю)
Виражена емоційна нестабільність/реактивність	Зміни часток, кожна з яких має свій типовий емоційний стан, емоційно-лабільний тип темпераменту
Хронічне відчуття пустки	Це типовий стан відсторонено-захисної частки (стан емоційного замінення, напівсну)
Порушення контролю злості/неадекватне висловлення злості	Зла/неконтрольована дитина
Транзиторні параноїдні ідеї, пов'язані зі стресом, або ж виражені дисоціативні симптоми	Різні частки, коли внаслідок стресу іде активація багатьох схем і емоційний біль стає особливо сильним

Оля могла бурхливо виявляти злість, звинувачувати та «очорняти» як сестру Оресту, так і загалом увесь монастир, заперечуючи і знецінюючи усе добре, що для неї зробили сестри. Після таких конфліктів Оля почувалася дуже погано, могла йти до сестер і обзивати себе найгіршими словами, просити не відкидати її. «Я дуже хотіла бути хорошою, але мені не вдавалося...». Врешті, стосунки із сестрами стали надто напруженими, і керівництво монастиря попросило Олю знайти собі інше житло. Тоді вона зробила другу спробу суїциду (напилася таблеток, перша спроба була ще під час перебування в інтернаті після звалтування). Така історія стосунків, які характеризувалися інтенсивною прив'язаністю, страхом їх втрати, ревнощами, агресивно-звинувачувальними нападами на «обмеження» у стосунках, повторювалася в житті Олі дотепер з різними людьми багато разів: це були і нові подруги, і хлопці, з якими починала зустрічатися, інші «добрі люди», які старалися опікуватися нею з огляду на її сирітську долю. У кожних цих стосунках ідеалізація людини переходила зрештою у повне її знецінення через те, що особа не могла дати усього, чого Оля очікувала від стосунків («мене насправді не люблять, я – ніхто, я насправді нікому не потрібна») та до розриву стосунків через напругу, конфлікти та інколи вкрай неадекватні дії Олі при нападах злості (наприклад, одній пані, у якій вона жила, в нападі злості Оля побилла весь посуд). У Олі було кілька епізодів депресії, суїцидальних спроб. Про себе говорить: «Я погана, нікому не потрібна, усім тільки приношу зло, краще б не народжувалася». Під час поганого настрою може голкою дряпати собі до крові руки – «мені тоді стає легше», інколи – випивати. Не маючи на даний момент ні з ким близьких стосунків, говорить про себе, що «живе на автопілоті», «мені зараз якось усе байдуже, нічого не відчуваю, ніби я є і мене нема». Часом мріє про дитину, навіть якщо не одружиться, і буде любити її: «я не буду тоді вже така самотня, хоч комусь буду потрібна». Нині працює у барі, але за останні роки через повторні епізоди депресії та міжособистісні конфлікти доводилося часто міняти роботу (часом звільняли, інколи йшла сама). Оля віруюча, проте каже: «Не вірю, що Бог мене любить, хоч весь час прошу в Нього про поміч». На даний момент не має близьких друзів. Живе в гуртожитку. Має значні фінансові труднощі.

Схема-терапія ПРО

Метою схема-терапії ПРО є досягнення особистісного оздоровлення пацієнта шляхом зміцнення дисфункційних схем та пов'язаних із ними часток (станів свідомості), розвитку здорової особистості та позитивних змін у різних сферах життя хворого. З огляду на таку мету, зрозуміло, що схема-терапія є довготривалою (зазвичай три роки і більше) – в її процесі відбувається «дорослішання» пацієнта та проходження тих етапів/завдань розвитку, які були вирішені у дисфункційній схемі. Терапевтичні стосунки є центральним компонентом у цьому (він характеризується «обмеженим» батьківством та емпатичною

конфронтацією), у роботі з частками терапевт використовує інтегративний арсенал когнітивних, поведінкових та експериментальних технік – у специфічний до роботи з конкретними частками спосіб/підхід.

Схема-терапія ПРО звичайно складається з наступних етапів.

На початковому етапі (може тривати рік і більше) терапевт:

- проводить обстеження;
- пояснює пацієнту модель часток, разом з ним ідентифікує їх, дає назви, досліджує їх роль і походження;
- працює над встановленням з пацієнтом стосунків безпечної прив'язаності в межах терапевтичних стосунків, що передбачає обмежене рамками терапії «батьківство» терапевта щодо зраненої дитини, створення атмосфери у терапії, якої бракувало у дитинстві – безпеки, прийняття, неосудження;
- навчає дорослу частку більш адаптивних засобів регуляції емоційних станів і, зокрема, внутрішнього болю (наприклад, замість самопошкодження – прикладання до рук кубиків льоду, фізична активність тощо);
- допомагає в подоланні криз, які зазвичай є типовими у житті пацієнтів з ПРО;
- за потреби реалізує терапію розладів першої осі чи супроводжує пацієнта у вирішенні інших нагальних проблем.

На другому етапі терапії (основному) терапевт:

- працює на «внутрішній сцені» з частками і сприяє зміцненню дисфункційних схем (зокрема «обходить» захисти відсторонено-захисної частки і все більше турбується про потреби зраненої дитини, моделюючи для дорослої частки також здоровий спосіб турботи про себе, передаючи їй поступово цю роль; відповідно, захисна частка з часом стає менш потрібною);
- протидіє осудливо-каральній частці («зла внутрішня мама/тато») і захищає внутрішній світ дитини від цієї спрямованої на неї ненависті та осудження, вчить дорослу частку протидіяти караючій, що зрештою веде до її все більшого ослаблення; вчить злу/неконтрольовану дитину висловлювати злість у прийнятний, адекватний спосіб і «дорослу» частку – у розвитку належного самоконтролю/самодисципліни (при цьому терапевт застосовує специфічний арсенал типових технік КПТ, а також деяких технік, інтегрованих з інших напрямків психотерапії);
- працює з травматичним досвідом минулого (який зазвичай несе в собі частка зраненої дитини) на інтеграцію, зміцнення цього досвіду.

На завершальній фазі терапії терапевт:

- сприяє перенесенню змін у «внутрішньому просторі» пацієнта у його щоденне життя, фокусуючись на розвитку нового способу життя, досягненні поведінкових змін, виробленню адекватних копінг-стратегій;
- супроводжує пацієнта у розвитку здорових стосунків з іншими людьми;
- сприяє розвитку талантів, здібностей пацієнта, його самореалізації, прийнятті важливих рішень щодо «напрямку» подальшого життя, формуванні власної ідентичності (завдання близькі до типових завдань підліткового та раннього дорослого віку);

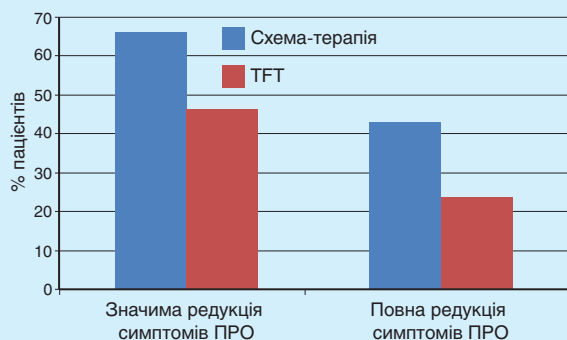


Рис. 4. Порівняння результатів ефективності схема-терапії та TFT за результатами дослідження J. Giesen-Bloo (2006)

- допомагає пацієнту поступово готуватися до завершення терапії та все більшої незалежності від терапевта.

Це, звісно, лише короткий огляд моделі схема-терапії, детальніше можна довідатися з першоджерел (Young, 2004; Arntz, 2009).

Емпіричні дані щодо ефективності схема-терапії

В рандомізованому контрольованому мультицентровому дослідженні, проведеному в Голландії (J. Giesen-Bloo, 2006), порівнювали ефективність схема-терапії та трансференс-орієнтованої терапії (TFT, підвид психодинамічної терапії) (рис. 4). У дослідженні взяли участь 86 пацієнтів з ПРО, які були рандомізовані між схема-терапевтами та трансференс-орієнтованими терапевтами для проходження психотерапії в амбулаторному режимі. В обох видах терапії вона тривала 3 роки з частотою сесій двічі на тиждень. Кожні 3 місяці пацієнтів обстежували за допомогою спеціалізованого напівструктурованого інтерв'ю, в результаті якого вираховувався індекс тяжкості ПРО (BPDSI-IV) та ряд інших показників, за якими робили висновки щодо динаміки розладу та ефективності терапії. Психотерапевтів обирали за належною освітою та досвідом у своєму методі, окрім того, вони мали регулярну супервізію від провідних фахівців методу, їхні аудіозаписи сесій піддавалися регулярній оцінці на відповідність «стандартам якості» даного напрямку психотерапії. В результаті трирічної терапії продемонстрована ефективність обох методів, однак схема-терапія виявилася більш ефективною порівняно з TFT. При схема-терапії у 66% пацієнтів та при TFT у 43% хворих були досягнуті клінічно значима редукція симптомів розладу та покращання якості життя; повна редукція симптомів, «зняття діагнозу» при схема-терапії – у 46% пацієнтів, при TFT – 24%. Причому ці зміни утримувалися для обох методів і при контрольованому обстеженні через рік після завершення лікування. Ішлося не просто про зменшення частоти самопошкодження чи суїцидальних спроб, а загалом оцінювалися покращання самооцінки, нормалізація міжособистісних стосунків, емоційного життя – справді «глибинна» зміна.

Висновки

Від ПРО страждають як самі пацієнти, так і ті, хто їх оточує. Часто таких осіб люди, у тому числі й фахівці сфери охорони психічного здоров'я, сприймають у

негативний спосіб як «маніпулянтів», «резистентних», що не веде до позитивних змін. Однак зрозуміло, що з огляду на дисфункційні інтерперсональні схеми пацієнтів з ПРО, стосунки з ними можуть бути насправді великим випробуванням. Втім, власне розуміння внутрішнього світу пацієнтів з ПРО може допомогти зайняти психіатру/психотерапевту таку терапевтичну позицію, яка може вести як до позитивних змін у житті пацієнта, так і захистити самого фахівця від великих очікувань осіб з ПРО, попередити вихід стосунків з терапевтичних рамок. На сьогодні психотерапія – основний метод допомоги пацієнтам з ПРО (поряд з тим, що фармакотерапія сучасними нейролептиками або стабілізаторами настрою може зменшити окремі прояви розладу). Ефективність психодинамічного підходу, діалектичної поведінкової терапії, схема-терапії встановлена емпірично. Довгий час існував міф про те, що КПТ є «поверхневим» методом, не здатним вести до глибших змін в особистісній структурі пацієнтів. Проте в останніх дослідженнях схема-терапії він спростовується, оскільки встановлено доволі високу ефективність у досягненні особистісного оздоровлення пацієнтів з ПРО. З огляду на ті множинні проблеми, які спричиняє ПРО у різних сферах життя пацієнтів та їх рідних, зважаючи на велику частку цих хворих як користувачів системи охорони психічного здоров'я, дуже важливим є забезпечення можливості надання їм емпірично обґрунтованих методів психотерапевтичної допомоги. У Голландії, наприклад, згідно з результатами проведеного і представленого у даній статті дослідження, розглядається на урядовому рівні питання доступності схема-терапії для потребуючих осіб. Економічні розрахунки показали, що інвестиції у психотерапію дозволяють зекономити значно більше коштів на інших видах послуг, які виявляються непотрібними у разі досягнення бажаних терапевтичних змін. Сподіваємося, колись і в Україні буде можливість реалізації таких системних змін у сфері охорони психічного здоров'я в напрямку збільшення доступності належних форм психотерапевтичної допомоги. На разі дуже важливим питанням є навчання (підготовка) фахівців методу схема-терапії, яке є свого роду методом «поглибленого рівня» після здобуття базової освіти у КПТ. Зокрема, у найближчому майбутньому Український інститут когнітивно-поведінкової терапії планує організувати відповідну до міжнародних стандартів освіти у схема-терапії навчальну програму за участі закордонних викладачів.

Література

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. – Washington, DC: American Psychiatric Press. – 1994.
2. Arntz A. Schema-therapy for borderline personality disorder. – London: Wiley-Blackwell, 2009.
3. Young J. Schema-therapy. – NY: Guilford Press. – 2004.
4. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W. et al. Out patient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Randomized Trial of Schema-Focused Therapy versus Transference-Focused Psychotherapy // Archives of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 649-658.

Повний список літератури знаходиться в редакції.

Для перевірки власних знань дайте відповіді на наступні запитання – у кожному запитанні можна вибрати лише одну відповідь.

Контрольні запитання

1. ПРО зустрічається у:

- а) 4-5% населення;
- б) 2-3% населення;
- в) 1-2% населення;
- г) 0,5-1% населення.

2. Типовим проявом ПРО є:

- а) параноїдне маячіння;
- б) «стабільна нестабільність» у різних сферах внутрішнього та зовнішнього життя;
- в) нав'язливі думки;
- г) відчуття власної особливості, значимості.

3. До факторів, що спричиняють розвиток ПРО, можна віднести:

- а) органічне ураження ЦНС;

- б) хронічний психотравмуючий досвід у дитинстві;
- в) досвід сексуального скривдження у підлітковому віці;
- г) гіперопіку з боку батьків.

4. У пацієнтів з ПРО частка зраненої дитини зазвичай містить схему:

- а) перфекціонізму;
- б) осудження/покарання;
- в) порушення самоконтролю;
- г) дефективності/сорому.

5. Ефективність схема-терапії порівняно з ТФТ щодо вираженої редукції симптомів ПРО у дослідженні J. Giesen-Bloo (2006) була:

- а) 66 проти 43%;
- б) 42 проти 71%;
- в) 25 проти 15%;
- г) 46 проти 24%.

Правильні відповіді дивіться на С. 70.

Когнітивно-поведінкова терапія є провідним сучасним науково-обґрунтованим методом психотерапевтичної допомоги людям з багатьма видами проблем та розладів у сфері психічного здоров'я.

В Україні неможливо досягти якісного покращення ситуації у сфері психічного здоров'я дітей, підлітків, дорослих та людей похилого віку без розвитку фахової, компетентної, доступної психотерапевтичної допомоги методом КПТ.

Український інститут когнітивно-поведінкової терапії ставить собі за мету сприяти розвитку КПТ в Україні шляхом організації якісних освітніх програм з КПТ відповідно до сучасних європейських стандартів.

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



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

www.i-cbt.org.ua