

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России
Академия постдипломного образования

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

Гонжал О.А., Постнов В.В., Шахбази Т.А.

ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Учебное пособие

Москва – 2022

**Федеральное медико-биологическое агентство
АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ФМБА РОССИИ»**

«ОДОБРЕНО»

Решением Ученого совета
(протокол № 1-22 от 17 марта 2022г.)

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе
Академии постдипломного образования
ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, д.м.н.

профессор  А.В. Кочубей

« 17 »  2022г.



Пограничное расстройство личности

Учебное пособие

Москва, 2022

Рецензенты:

д.м.н., профессор Игумнов Сергей Александрович

к.м.н., профессор Зуйкова Надежда Леонидовна

Гонжал О.А., Постнов В.В., Шахбази Т.А. «Пограничное расстройство личности». - М.: 2022. - 27 с.

В данном учебном пособии подробно рассматривается феномен пограничного расстройства личности, уровни ее поражения, клиническая картина эмоциональных, поведенческих и когнитивных расстройств. Данная патология рассмотрена с психологических и психотерапевтических позиций. Упоминание о ней редко встречается в психиатрической литературе.

Учебное пособие предназначено для врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия».

СОДЕРЖАНИЕ

История вопроса	5
Клиника и психодинамика ПРЛ	9
Место пограничного расстройства личности в систематике	16
МКБ-10	18
Уровни и профиль психического функционирования с точки зрения PDM-2	20
Контрольные вопросы	26
Список рекомендованной литературы	27

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПРЛ - Пограничное расстройство личности

РПП - Расстройства пищевого поведения

История вопроса.

Впервые термин «пограничный» использовал Адольф Штерн в 1938 году для описания пациентов, которые не могли быть поняты с точки зрения представлений о неврозах и психозах.

В 1953 году Роберт Найт заметил, что существует ряд нарушений, которые попадают под категории разных диагнозов, но по своей сути были проявлением одной и той же патологии (вернее личностной структуры).

Карл Меннингер в 1952 г. разработал новый вид диагностического интервью, сделав акцент на понимании пациентом своих основных конфликтов, анализе поведения пациента во время интервью.

Психиатр и психоаналитик Отто Кернберг, работая в психоаналитическом подходе с тяжелыми пациентами предположил, что именно тип личностной организации является важнейшей диагностической характеристикой состояния. Он разработал модель уровней психической организации, в зависимости от того, насколько сформирована в широком смысле эмоциональная регуляция. Он выделил невротический, пограничный и психотический уровни организации в зависимости от:

- Степени интеграции идентичности, уровня индивидуации.
- Типов привычных защитных операций.
- Способности к тестированию реальности.

Представление о психической организации и уровнях психического функционирования (по О. Кернбергу, 2014 г.).

Невротический уровень: предполагает достаточную для хорошей адаптации связанность психики, хорошее понимание своих чувств и переживаний окружающих в той или иной ситуации, низкую аффективность, преобладание зрелых психологических защит. Этот уровень функционирования присущ условно здоровым пациентам. Для развития психических расстройств в

данном случае необходим высокий уровень фрустрации. Личности с более здоровой структурой характера обладают интегрированным чувством идентичности. Их поведение имеет некоторую непротиворечивость, а их внутреннему опыту свойственна непрерывность собственного “Я” во времени. Когда их просят описать себя, они не испытывают затруднений. Они способны в общих чертах очертить свой темперамент, ценности, вкусы, привычки, убеждения, достоинства и недостатки вместе с ощущением своей долговременной стабильности. Когда их просят описать других важных людей – их родители или любимых – их характеристики обычно бывают многогранными и показывают понимание сложного, но согласованного ряда свойств, составляющих чью-либо личность.

Пограничный уровень функционирования характеризуется аффективной неустойчивостью. Яркой чертой характера людей с пограничной организацией личности является использование ими *примитивных защит*. Поскольку они полагаются на такие архаичные и глобальные операции, как отрицание, проективная идентификация и расщепление, то, когда они регрессируют, их бывает трудно отличить от пациентов, функционирующих на психотическом уровне. Пограничные пациенты флуктуируют следующим образом: когда они чувствуют близость с другой личностью, они паникуют из страха поглощения и тотального контроля; чувствуя себя отделенными, ощущают травмирующую брошенность. Этот центральный конфликт их эмоционального опыта приводит во взаимоотношениях к хождению взад-вперед, включая сюда и терапевтические взаимоотношения, когда ни близость, ни отдаленность не удовлетворяют. Жизнь с таким базовым конфликтом, который не поддается немедленной интерпретации, изматывает пограничных пациентов, их семьи, друзей и терапевтов. Эти люди небезызвестны работникам психиатрических служб, в чьих дверях они часто появляются с разговорами о самоубийстве, демонстрируя “просьбу о помощи– отвергающее помощь поведение”.

Психотический уровень функционирования. Во-первых, важно понимать защиты, используемые психотическими личностями: уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивная идеализация и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциация. Эти защиты довербальны и дорациональны; они защищают психотическую личность от архаического страха, настолько всепоглощающего, что даже пугающие искажения, созданные самими защитами, кажутся меньшим злом. Во-вторых, люди, личность которых организована на психотическом уровне, имеют серьезные трудности с идентификацией настолько, что они не полностью уверены в собственном существовании, еще больше, чем в том, что их жизнь удовлетворительна. Они глубоко сконфужены по поводу того, кто они такие. Эти пациенты обычно решают такие базовые вопросы самоопределения, как концепция тела, возраста, пола и сексуальной ориентации. Вопросы “Откуда я знаю, кто я такой?” или даже “Откуда я знаю, что я существую?” не являются необычными для людей с психотической организацией. Ими они задаются с полной серьезностью. Они также не могут полагаться на опыт других как на опыт, обладающий собственной непрерывностью. Когда их просят описать самих себя или каких-либо других важных для них людей, их описания обычно бывают невразумительными, поверхностными, конкретными или очевидно искажающими. Часто почти неуловимо ощущается, что пациент с психотической личностью не укоренен в реальности.

Понятие пограничного расстройства личности содержит в себе значительную диагностическую путаницу. Оно используется психиатрами, психоаналитиками и психологами и подразумевает концептуально одно и то же. Вместе с тем, единого определения пограничного расстройства личности не существует, кроме того, это понятие постоянно подвергается пересмотру даже в рамках каждого подхода.

Мы будем исходить из предположения, что когда говорим о ПРЛ, то подразумеваем прежде всего **нарушение эмоциональной регуляции,**

которая, вероятно, связана как с психофизиологическими предпосылками, так и с особенностями раннего психоэмоционального развития, которые находят свое отражение в **специфических нарушениях мышления**. Причины ПРЛ до конца не ясны, но известно, что определенный вклад вносит генетический фактор. В частности, полиморфизм ряда генов приводит к снижению выработки серотонина, что, в свою очередь, согласуется с поведенческими нарушениями.

Марша Линнехан выделила следующие **психофизиологические характеристики, характерные для пациентов с ПРЛ**:

- **Высокая сензитивность** (*низкий порог реакции*). Про таких пациентов говорят, что у них тонкая кожа, или «без кожи», то есть любое эмоциональное воздействие переживается психосоматически, например, «обжигающим».
- **Высокая реактивность** (*высокая скорость эмоциональной реакции*) Пациенты с ПРЛ переживают эмоции психосоматически: в виде жара, сердцебиения, чувства нехватки воздуха нарушаются их когнитивные процессы, проще говоря пациентам с эмоциональной дисрегуляцией сложно, а чаще невозможно думать во время аффективной вспышки, в условиях неспособности к символической переработке они очень остро и интенсивно выражают их, эвакуируют: плач, обвинения, физическое нападение, аутоагрессия.
- Эти пациенты медленно возвращаются к базовому состоянию.

Такие особенности эмоциональной регуляции приводят к поведенческим нарушениям: в крайнем варианте это суицидальное и самоповреждающее поведение, грубые аффективные вспышки в ответ на фрустрацию, принудительная элиминация пищи, анорексия, злоупотребление психоактивными веществами, промискуитет. Такого рода поведение является низкоадаптивным, но доступным способом справиться с невыносимым эмоциональным состоянием в условиях дефицитарности ментализации, нужно обратить внимание, что это поведение, несмотря на всю его

фактическую опасность является защитным и коммуникативным, то есть помимо эвакуации напряжения пациент дает понять, что с ним происходит, такое поведение всегда является криком о помощи. Естественным образом такая неспособность выдерживать переживания, понимать их и делать понятными для окружающих проявляется в несостоятельности в межличностных отношениях (в основном они не могут обустроить отношения с партнером, либо состоят в деструктивных созависимых отношениях, не могут эффективно реализовать себя в профессиональной сфере, оказываются в изоляции по причине непереносимых аффектов).

Клиника и психодинамика ПРЛ.

Мы думаем о пограничном расстройстве личности в случае наличия симптомов, психотических расстройств, не соответствующим критериям шизофрении, биполярного аффективного расстройства или органической патологии.

Для диагностики пограничной патологии О.Кернберг выделил следующие симптомы:

1. **Тревога.** Пограничным пациентам свойственна хроническая, все пропитывающая «свободно плавающая тревога».
2. **Полисимптоматический невроз:** сочетание двух и более из следующих признаков.
 - a. Множественные фобии, особенно такие, которые ограничивают пациента в повседневной жизни
 - b. Обсессивные симптомы, которые вторично стали Эгосинтонными, приобрели качество «сверхценных мыслей и действий»
 - c. Множественные сложные конверсионные симптомы, особенно хронические

- d. Диссоциативные расстройства и амнезии
- e. Ипохондрии
- f. Параноидные и ипохондрические тенденции в сочетании с любыми невротическими расстройствами.

3. Полиморфные перверсивные сексуальные тенденции.

4. Классическая препсихотическая структура личности

- a. Параноидная личность
- b. Шизоидная личность
- c. Гипоманиакальная личность или циклотимическая с преобладанием гипоманиакального полюса.

5. Импульсивный невроз и зависимости (алкоголизм, наркомания, kleptomания, некоторые формы невротического ожирения, по типу компульсивного переедания).

6. Нарушения характера «низшего уровня»: ложная личность, импульсивная личность, хаотичная личность.

Эти симптомы заставляют клинициста предполагать пограничную личностную организацию. Следующим этапом становится исследование идентичности. Для пациентов с пограничной организацией личности **свойственно наличие синдрома «диффузной идентичности»**. Постоянное чувство пустоты, противоречия в восприятии самого себя, бледное и плоское восприятие других, непоследовательность поведения, которую невозможно интегрировать. Почему это происходит?

Во-первых, у личности с пограничной организацией существует четкий барьер между Я и другими, в отличие от психотической структуры, когда пациент отказывается от границы между Я и объект-репрезентациями вследствие регресса. Также у личности с пограничной структурой «хорошие» и «плохие» аспекты реальности жестко отделены друг от друга. С точки зрения психоаналитических представлений связано это с интенсивной ранней агрессией, когда защитным образом пациенты как бы отделили «хорошие» объекты от «плохих». Это делается для того, чтобы не «испортить» хороший

объект. Понятно, что результатом такого способа осмыслить реальность становится то, что пациенты с пограничной организацией личности живут в мире частичных объектов, очень полярно воспринимая фрустрирующие и удовлетворяющие части одного и того же объекта. В интервью это проявляется таким образом, что психотерапевт, который его проводит не может собрать из тех противоречивых фрагментов, что дает пациент, целостной картины происходящего, отношений со значимыми другими и травматической ситуации. Структурное интервью дает нам возможность увидеть дефицит эмпатии к стремлению терапевта создать интегрированную картину.

В ходе структурного интервью нас также интересует качество объектных отношений: стабильность и глубина взаимоотношений со значимыми другими, присутствие в отношениях доверия, заботы, теплоты. Продолжительные отношения пограничного пациента сопровождаются ростом искажения восприятия партнера. Для него затруднительно чувствовать эмпатию, его взаимоотношения с партнером хаотичны и бледны, а близкие отношения испорчены сгущением генитальных и прегенитальных конфликтов. Что это означает? То, что пациент с пограничной организацией личности по мере развития отношений с партнером начинает требовать от него, чтобы тот стал ему «родной матерью», то есть в отношении перемещаются все инфантильные ожидания, связанные с тем, что кто-то должен обеспечить его безопасность, комфорт, благополучие. По большому счету, незаметно для себя личность с таким типом психической организации начинает требовать от партнера осуществить то, что он или она не может сделать самостоятельно вследствие с одной стороны коммуникативных расстройств, а с другой- вследствие завышенных требований к реальности. Нужно отметить, что у таких пациентов в ходе интервью или в ходе психотерапии быстро появляются вербализованные нереалистичные требования или у терапевта возникает переживание давления от нереалистичных ожиданий со стороны пациента.

Примитивные механизмы психологической защиты при ПРЛ.

Особенностями защитных механизмов, является преобладание примитивных диссоциативных механизмов, когда все противоречащие друг другу переживания активно разделяются, противоречащие друг другу состояния не пересекаются между собой, а активизируются последовательно одно за другим. Например, в случае с расстройствами пищевого поведения, изначально актуализируется состояние Эго, которое стремится получить удовольствие, а затем возникает желание избавиться от последствий того, за счет чего удовольствие было получено.

Расщепление мы определяем по тому, что все внешние объекты делятся на «абсолютно хорошие» и «абсолютно плохие», причем в психике существует одновременно репрезентация «абсолютно хорошего себя» и «абсолютно плохого себя», равно как и других, например, абсолютно хорошего и абсолютно плохого терапевта, матери, партнера. Пациент обычно агрессивно или тревожной реагирует на попытки конфронтации этих противоречий.

Примитивная идеализация Примитивная идеализация усиливает действие механизма расщепления, создавая абсолютно недостижимые образы доброты, всемогущества, мужественности, женственности. В беседе терапевт может чувствовать это как переживание собственного терапевтического всемогущества, чувствовать себя тем исключительным терапевтом, который оправдает все возложенные надежды.

Примитивные формы проекции, в частности проективная идентификация. В отличие от проекций более высокого уровня, когда вытесняемый у себя импульс (например, желание унижать или использовать) пациент проецирует на терапевта, что в той или иной степени затрудняет дальнейшее самораскрытие пациента, в случае пограничной патологией аффект настолько силен и не переработан, что «инфицирует» все терапевтическое пространство. Вы можете это заметить по тому напряжению, тревоге, которые вы испытываете, ожидая такого тяжелого пациента. Какова судьба такого аффекта у пограничного пациента?

Переживание этого пациента настолько сильно, что пациент проецирует его **в терапевта**, то есть добивается своими бессознательными действиями того, что терапевт начинает испытывать те же самые чувства, что и пациент, но это не приносит пациенту облегчения, учитывая интенсивность переживания получается следующая конфигурация: пациент продолжает испытывать, например, гнев сам, кроме всего прочего, он чувствует, что что-то сделал с терапевтом «каким-то образом его испортил», и начинает опасаться того, что терапевт может переживать гнев в отношении пациента и желание отомстить ему. Это порождает интенсивную потребность контролировать переживания и мысли терапевта. В интервью это проявляется тем, что пациент начинает обвинять терапевта в тех реакциях, которые сам старается в нем вызвать. Причем, это может быть, как прямая агрессия, так и, например, превращенная в сексуальное влечение.

Отрицание у пограничного пациента проявляется в отсутствии озабоченности серьезными проблемами, пациент может спокойно говорить о происходящем, отрицая эмоциональную сторону, например, своего деструктивного поведения: трат, злоупотребления психоактивными веществами, критическое снижение или набор веса. Отрицание у пограничного пациента так же призвано усилить ведущую психологическую защиту при этом типе организации- расщепление.

Всемогущество и обесценивание. В типичном случае, особенно при нарциссическом стиле пограничной организации это механизм представлен таким состоянием Эго, в котором представлено собственное грандиозное Я и обесцененные репрезентации других.

Тестирование реальности. При пограничном уровне функционирования пациент сохраняет способность к пониманию реальности. Мы предполагаем, что пациент в достаточной мере сохраняет способность тестировать реальность, в случае если на момент проведения интервью он не выявляет бреда или галлюцинаций, а если они были в прошлом, то говорит о них, как об эго-дистонных переживаниях, понимая, как это переживалось

окружающими, и как это могло выглядеть, и в определенной степени испытывая эмпатию к переживаниям окружающих. При менее явных формах нарушений необходимо рассмотреть аффекты, мышление, и провести пробную интерпретацию расщепления, которое выявляется в интервью. У личности с достаточным тестированием реальности такая интерпретация улучшит функционирование и, следовательно, взаимопонимание в интервью.

Неспецифические проявления слабости Эго-функции. Включают в себя неспособность переносить тревогу, отсутствие контроля над импульсами, отсутствие зрелых способов сублимирования. Это проявляется в неспособности пациента находиться в ситуации тревоги, а стремиться отреагировать, в ущерб своим интересам и прежним намерениям, неэффективность сублимации проявляется в том, что пациент оказывается мало способным к формированию ценностей вне сферы непосредственной выгоды и безопасности.

Нарушение интеграции Супер-Эго. Признаками интегрированного и зрелого Супер-Эго является то, в какой мере человек вне принуждения руководствуется этическими принципами, воздерживается от манипуляции, эксплуатации и жестокости в отношении другого человека. У пограничной личности Супер-Эго расщеплено, как и другие структуры и состоит из примитивных садистических и идеализированных объектных репрезентаций. В диагностическом интервью и в ходе терапии это может проявляться фантазиями о том, что психотерапевт использует пациента либо манипулирует им.

«Генетические» и психодинамические характеристики интрапсихических конфликтов. Пограничная личностная организация представляет собой смешение прегенитальных и генитальных импульсов с преобладанием прегенитальной, (то есть ранней) агрессии. Причудливое и неадекватное сочетание сексуальности, зависимости и агрессии проявляется хаотическим постоянством примитивных влечений, страхов, промискуитета, РПП, злоупотреблением психоактивными веществами. Мы видим, что

структура Эдипова комплекса (по-простому то, как мы переживаем ситуацию конкуренции, исключенности) переполнена агрессивными импульсами, образ соперника наделен пугающими, разрушительными чертами, страх кастрации (потери, сепарации, потери представления о собственной ценности) и зависть к пенису (обладанию) непреодолимы, а запреты Супер-Эго на сексуальные отношения окрашены примитивностью и яростью. Объект любви идеализирован, но моментально может стать объектом нападения.

Их генитальные фантазии перемешаны с прегенитальными. Мы понимаем это, когда пациент рассказывает нам о том, как смешиваются органы и функции в произвольном порядке. Пенис может нести в себе функцию питания, грудь атаки, опустошения, отравления, анус функцию убежища, наполненного привидениями. Проекция собственных примитивных импульсов на отношения с людьми рождает причудливые фантазии о том, в каких отношениях находятся окружающие: родители, терапевт...

Понятие ментализации. Гиперактивация системы привязанности.

Теоретическое понимание ПРЛ опирается на теорию привязанности Дж. Боулби, (1960, 1979). Согласно ей, развитие самости происходит в контексте регуляции аффекта в ранних отношениях. Предположительно, чтобы ребенок получил нормальный опыт самосознания, его эмоциональные сигналы должны адекватно «отзеркаливаться» объектом привязанности. «Отзеркаливание» должно быть маркированным, утрированным, слегка искаженным, чтобы ребенок мог понять его как часть своего эмоционального опыта (в том смысле, чтобы ребенку было понятно, что выраженное относится именно к нему и взрослый таким образом проявляет заботу). Дефицит маркированного «отзеркаливания» приводит к дезорганизации привязанности и уже чуть в более позднем детском возрасте мы наблюдаем у таких детей диссоциацию (застывание), самоповреждение, тенденция контролировать объект привязанности, крайняя оппозиционность.

Понятие ментализации впервые использовал Питер Фонаги (2004) , определяя его как способность представлять межличностный опыт и опыт

самосознания в категориях психических состояний. Проще говоря, это способность понимать собственные переживания и переживания людей в отношениях.

Феноменологически это проявляется:

- Связанным с привязанностью нарушением ментализации.
- Возвращением архаических способов восприятия внутренней реальности, которые предшествовали ментализации.
- Постоянным побуждением к проективной идентификации.
- Способностью ментализировать состояние других и собственные, за исключением контекстов отношений привязанности.

Исследования по нейровизуализации показывают, что когда активизируется система привязанности, то области мозга, связанные с социальным суждением и пониманием психологического состояния переживают торможение, это следует понимать таким образом, что у пациентов с нарушениями в системе привязанности осмысление значимых отношений тормозится, в отношениях привязанности пациент теряет способность критически мыслить.

Место пограничного расстройства личности в систематике.

Пограничное расстройство личности включено в DSM-5 и в МКБ-10.

Пограничное расстройство личности в МКБ-10 обозначается как эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, ПРЛ-это расстройство личности, характеризующееся импульсивностью, тревожностью, эмоциональной неустойчивостью и низким самоконтролем. Как и все расстройства личности, оно подразумевает расстройство социальной адаптации.

Диагностическое и статистическое руководство по психическим болезням 5-го издания (DSM-5) отказалось от многоосевой системы. Поэтому все расстройства, включая расстройства личности, перечислены в Разделе II руководства.

Признаки ПРЛ

1. Неистовые попытки избежать реальной или воображаемой угрозы быть покинутым (не включает суицидальное поведение или членовредительство, отмеченные в п. 5).
2. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, которые характеризуются переходом от одной крайности к другой, от идеализации к пренебрежению и наоборот.
3. Нарушения идентичности: устойчивые либо выраженные нарушения, искажения или нестабильность образа себя или чувства «Я» (например, восприятие себя как несуществующего или как воплощение зла).
4. Импульсивность, по меньшей мере в двух областях, которые являются потенциально самодеструктивными, например транжирство, беспорядочные половые связи, алкоголизм и/или наркомания, воровство, превышение скорости вождения автомобиля, кутежи (не включает суицидальное поведение или членовредительство, которые относятся к п. 5).
5. Повторные суицидальные угрозы, жесты, поведение или членовредительство.
6. Аффективная нестабильность: выраженная реактивность настроения (например, интенсивная эпизодическая дисфория, раздражительность или тревога, которые обычно длятся несколько часов и только изредка несколько дней).
7. Хроническое чувство опустошенности.
8. Неадекватный сильный гнев или отсутствие контроля над своим гневом (например, частые проявления вспыльчивости, постоянная озлобленность, повторяющаяся физическая агрессия).
9. Преходящие, тяжелые, связанные со стрессом диссоциативные симптомы или паранойяльная идеация.

Пациент должен удовлетворять 5 из 9 критериев для постановки диагноза ПРЛ. Марша Линнехан утверждает, что многим психиатрам трудно диагностировать ПРЛ по критериям DSM, так как критерии описывают весьма широкий спектр типов поведения. Для решения этой проблемы Линнехан сгруппировала симптомы ПРЛ в 5 главных областей дисрегуляции: эмоции, поведение, межличностные отношения, восприятие себя и познавательные процессы.

МКБ-10

Диагностические критерии из адаптированной для использования в России версии Международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10 (общие диагностические критерии расстройств личности, соответствие которым должно быть у всех подтипов расстройств):

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

- а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;
- б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;
- в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчётливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;
- г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают своё существование в периоде зрелости;

- д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения процесса;
- е) обычно, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр), адаптированный для использования в Российской Федерации.

Пограничное расстройство личности отнесено к группе специфических расстройств личности.

/F60/ Специфические расстройства личности.

F 60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Расстройство личности, характеризующееся определенной склонностью к импульсивным действиям без учета последствий. Настроение непредсказуемо и капризно. Имеются склонность к вспышкам эмоций и неспособность контролировать взрывчатое поведение. Отмечаются сварливость и конфликтность с окружающими, особенно тогда, когда импульсивные поступки пресекаются и критикуются. Можно выделить два типа расстройства: импульсивный тип, характеризующийся преимущественно эмоциональной нестабильностью и недостатком эмоционального контроля, и пограничный тип, для которого дополнительно характерны расстройство самовосприятия, целей и внутренних устремлений, хроническое ощущение пустоты, напряженные и нестабильные межличностные отношения и тенденция к саморазрушающему поведению, включая суицидальные жесты и попытки.

Уровни и профиль психического функционирования с точки зрения

PDM-2

Психоаналитически ориентированные психиатры и психотерапевты разработали собственную модель личности, которая позволяет им точнее

диагностировать, дифференцировать уровень и стиль личностного функционирования, а так же описывает отдельные психические процессы, которые имеют значение для понимания пациента, формулирования случая и выбора терапевтической тактики.

Личность - это скорее о том, *какой* человек, чем о том, *какое* у него расстройство. Это понятие включает в себя значительно больше, чем то, что можно наблюдать через поведение. Мы можем отнести сюда целый ряд внутренних психологических процессов: мотивы, фантазии, характерные паттерны мышления и чувствования, способы познания себя и других, копинг-стратегии (способы справляться со стрессом), защиты и т. д. Независимо от заявленных проблем многие пациенты в процессе терапии приходят к пониманию, что их трудности неразрывно связаны с тем, кто они есть. Этим пациентам необходимо, чтобы терапевт обладал неким системным психологическим видением, что помогло бы им понять, почему они снова и снова испытывают определенные страдания. Психологические проблемы зачастую сложным образом переплетены с личностью, они могут оказаться изнанкой сильных сторон человека, и поэтому должны оцениваться в контексте человека в целом, включая отношения и культурный контекст данного человека. Видение расстройства личности как континуума сформировалось в результате десятилетий клинических наблюдений и исследований. На одном конце континуума, обозначающем здоровье, находятся люди, демонстрирующие хорошее функционирование во всех областях или в большинстве областей. Они, как правило, состоят в удовлетворяющих их отношениях. Они могут переживать и понимать относительно полный спектр чувств и мыслей, соответствующих их возрасту. Они также в состоянии функционировать гибко в условиях стресса, вызванного внешними событиями или внутренними конфликтами, сохраняя при этом довольно согласованное чувство личностной идентичности. Они выражают свои импульсы способом, адекватным ситуации, и ведут себя в соответствии со своими внутренними ценностями.

При этом они не испытывают чрезмерного страдания и не причиняют его другим.

На другом конце континуума, обозначающем тяжелые расстройства, находятся люди, которые реагируют на стресс ригидно, например, используя ограниченный набор неэффективных или дезадаптивных защит.

Ось Р

Основные организационные принципы Оси Р таковы: (1) уровень организации личности и (2) стиль, или тип, личности. Первый спектр описывает степень дисфункции личности — от здоровья к невротическому, пограничному и, наконец, психотическому уровням организации личности. Второй представляет собой хорошо известные с клинической точки зрения стили, или типы, личности на всех уровнях организации личности. Понятие стиля личности, по сути, не подразумевает здоровья или патологии. Оно скорее означает основные психологические темы и организационные принципы.

Ось М

Авторы PDM-2 Н. МакВильямс и В.Линджарди (2019) предложили оценивать 12 важнейших областей психической жизни и сгруппировали их условно в 4 домена.

1 Когнитивные и аффективные процессы

- *Способность к регуляции, вниманию, научению* включает в себя фундаментальные процессы, позволяющие отслеживать информацию, произвольно регулировать фокус внимания, распределять внимание при необходимости выполнения нескольких задач, обучаться на опыте.
- *Способность к переживанию, передаче и пониманию аффектов.* Подразумевается способность индивида символизировать аффективный

опыт и выражать его психическими средствами, а не соматическими или поведенческими симптомами (выраженные нарушения в этой сфере - алекситимия).

- *Способность к ментализации и рефлексивному функционированию.* Имеется ввиду способность человека рефлексировать и делать выводы относительно своего психического состояния и состояний других людей. Ментализация - это форма психической активности, которая относится к воображению, предсознательно, вне фокуса активного внимания мы интерпретируем свое поведение и поведение других людей с точки зрения их потребностей, желаний, чувств, убеждений, целей, намерений, мотивации. Ментализация позволяет нам регулировать собственное поведение и аффекты и развивать чувство самости

2 Идентичность и отношения

- *Способность к дифференциации и интеграции* подразумевает способность отличать себя от других, фантазию от реальности, внутренние репрезентации от внешних. Самым важным является способность создавать и поддерживать дифференцированное, реалистичное и комплексное представление о себе (идентичность), о других и соединять эти репрезентации.
- *Способность к отношениям и близости* отражает глубину, диапазон и стабильность отношений и умение регулировать межличностную дистанцию, необходимую в различных отношениях с учетом культуральных ожиданий. Сюда относится способность человека поддерживать одновременно близкие и сексуальные отношения.
- *Способность к регуляции самооценки и качество внутреннего опыта* отражают уровень уверенности в себе и в мире. Оптимальное функционирование этой способности подразумевает баланс между уверенностью в себе и оценкой себя, основанной на реалистичном

восприятию своих позитивных сторон и достижений. Эта способность включает в себя степень, в которой человек чувствует способность к самоконтролю, собственную эффективность и силу.

3 Защиты и способы совладания

- *Способность контролировать и регулировать импульсы* подразумевает умение человека регулировать импульсы и выражать их адаптивным, приемлемым способом. Дефицит данной способности приводит к импульсивности или ригидному сверхконтролю с удержанием (заторможенностью аффекта). Высокий уровень функционирования этой способности дает толерантность к фрустрации и возможность распознавать и дифференцировать собственные импульсы.
- *Способность к защитному функционированию* выражается в возможности адаптивно обращаться с аффектами, желаниями, уметь регулировать тревогу, связанную с внутренним конфликтом или внешней угрозой без чрезмерных нарушений самовосприятия, тестирования реальности и отыгрываний.
- Способность к адаптации, стабильности отражает собственно адаптивность: возможность приспосабливаться к резким изменениям, умение эффективно и творчески справляться с неопределенностью, утратой, стрессом, сложными задачами. Здесь не подразумевается конформизм или некритичное следование ожиданиям других, она отражает возможность делать осознанный выбор того, как лучше реагировать.

4 Самосознание и саморегуляция

- Способность к самонаблюдению (психологическая разумность) предполагает способность наблюдать свою психическую жизнь и использовать эту информацию адаптивно. Так же имеет значение интерес, с которым индивид включается в познание себя.

- Способность создавать и использовать внутренние стандарты и идеалы. Это показатель личной нравственности, отражает видение себя в контексте своей культуры, уметь принимать осознанные решения на основании гибких, непротиворечивых основополагающих нравственных принципах и осознавать свое влияние на других.
- Способность к осмысленности и целеустремленности подразумевает умение создавать личный нарратив, который обеспечивает согласованность и смысл личного выбора, чувство направленности и цели. Высокий уровень функционирования этой способности позволяет человеку мыслить вне зависимости от конкретной ситуации, учитывая последствия своих убеждений, поведения в более широком контексте.

Представляется очень важной смена лексики в классификации PDM-2 на более психологический язык, дающий возможность пациенту и специалисту нормализовать представление о внутреннем мире как таковом, избежать патологизации любых личностных реакций, понимать их в свете представлений о психическом развитии как более или менее естественную часть жизни.

Общие рекомендации по психотерапии ПРЛ.

Согласно действующим рекомендациям NICE (2009), психотерапевтическая помощь должна быть адаптирована к потребностям пациента с обязательным учетом его клинического состояния. Самым важным в выборе психотерапевтической программы является решение вопроса о риске суицидального и опасного поведения, обусловленного нарушением аффективной регуляции и ментализации. Как правило, это среднесрочные психотерапевтические протоколы длительностью около 18 месяцев. Предпочтительными и наиболее разработанными считаются диалектическая поведенческая терапия (DBT) и терапия с опорой на ментализацию (MBT).

В качестве центральных требований ко всем эффективным подходам выделены:

- 1) Структурированный подход к проблемам ПРЛ (понимание психодинамики ПРЛ).
- 2) Стимуляция к принятию пациентом ответственности за свои действия, контроль импульсов.
- 3) Психотерапевт помогает установить связи между чувствами и событиями/действиями.
- 4) Активное присутствие психотерапевта, включенность, валидизация эмоций пациента.
- 5) Командная работа специалистов: психиатр, психолог, специалист по тренингу навыков аффективной регуляции, предполагающая совместное обсуждение затруднений в работе с пациентами, интервизия работы.

Контрольные вопросы.

1. Какие уровни психической организации выделяют?
2. Каковы признаки психотического уровня организации?
3. Каковы признаки пограничного уровня организации?
4. Каковы признаки невротического уровня организации?
5. Понятие диффузной идентичности?
6. Понятие ментализации.
7. Примитивные психологические защиты при ПРЛ.
8. Клиника ПРЛ.
9. Психодинамика ПРЛ.
10. Основные рекомендации по психотерапии пациентов с ПРЛ.

Литература.

1. Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию./ Бейтман Э., Фонаги П. – М.: Институт общегуманитарных исследований. - 2014. – 248 с.
2. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. /Боулби Д. – М.: Издательство «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2016. –272 с.
3. Йоманс Ф, Кларкин Д., Кернберг О. Психотерапия, фокусированная на переносе при пограничном расстройстве личности. Клиническое руководство. / М., 2018.-498 с.
4. Линнехан М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности./ СПб.: ООО «Диалектика», 2020.-592с.
5. Мак-Вильямс Н., Линджарди В. Руководство по психодинамической диагностике PDM-2. В 2 томах./ Москва, Класс 2019
6. Международная классификация болезней 10 пересмотра, адаптированная для РФ. <http://mkb-10.com>
7. Psychotherapy Of Borderline Personality Disorder: What Is More Effective? Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25, no. 4, pp. 180— 187. doi: 10.17759/cpp.2017250412. (In Russ., abstr. in Engl.)