



ЛЕКЦИЯ 26. ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНОЙ ЛИЧНОСТИ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Определение личности в МКБ-11	Ошибка! Закладка не определена.
QE50.7 Личностные особенности (проблемы).....	Ошибка! Закладка не определена.
Личностные акцентуации и адаптации.....	3
Шизоидная адаптация.....	4
Шизоидная личностная адаптация (двери).....	4
Двери терапии	Ошибка! Закладка не определена.
Терапевтические принципы	Ошибка! Закладка не определена.
Параноидная личностная адаптация	Ошибка! Закладка не определена.
Параноидная личностная адаптация (двери).....	Ошибка! Закладка не определена.
Ключевые моменты терапии пациентов с параноидной адаптацией (Joines, Stewart, 2002).....	Ошибка! Закладка не определена.
Отличие личностных адаптаций от личностных расстройств.....	Ошибка! Закладка не определена.
Определения личностного расстройства.....	Ошибка! Закладка не определена.
МКБ-10	Ошибка! Закладка не определена.
МКБ-11.....	Ошибка! Закладка не определена.
Характеристика личностных расстройств по П.Б. Ганнушкину (1933):	Ошибка! Закладка не определена.
F60 Специфические расстройства личности по МКБ-10	Ошибка! Закладка не определена.
F60.0 Параноидное расстройство личности.....	Ошибка! Закладка не определена.
6D11.0 Негативная эмоциональность	Ошибка! Закладка не определена.
Theodore Millon выделил 5 субтипов параноиков.....	Ошибка! Закладка не определена.
Параноидное расстройство личности	Ошибка! Закладка не определена.
Психотерапия параноидных личностей должна базироваться на следующих принципах:	Ошибка! Закладка не определена.
Закладка не определена.	
ПТ личностных расстройств в ТА.....	Ошибка! Закладка не определена.
Психотерапия параноидного расстройства личности	Ошибка! Закладка не определена.
Психотерапия параноидного личностного расстройства с позиций Диалогической Теории Я	Ошибка! Закладка не определена.
F60.1 Шизоидное расстройство личности.....	Ошибка! Закладка не определена.
6D31.1 Отстраненность.....	Ошибка! Закладка не определена.
Социальная отстраненность.	Ошибка! Закладка не определена.
Эмоциональная отстраненность.	Ошибка! Закладка не определена.
Шизоидное расстройство личности	Ошибка! Закладка не определена.
Лечение шизоидного личностного расстройства по Э. Гринберг.....	Ошибка! Закладка не определена.
Виды расщепления по Г. Гантрипу.....	Ошибка! Закладка не определена.
Психотерапия шизоидного расстройства личности по Гантрипу.....	Ошибка! Закладка не определена.



ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Впервые использовал слово «пограничный» Альфред Штерн (1938), чтобы описать пациентов отличных от страдающих неврозами и психозами. Сейчас это слово обозначает и уровень личностной организации с проблемами на стадии «сепарации-индивидуации», и нозологическую форму – пограничное личностное расстройство (ПЛР)

ПЛР И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Гиперактивность миндалевидного тела, в частности, в левом полушарии, что может предрасполагать пациента к неверному восприятию нейтрального выражения лица, внутри или вне процесса лечения, как недоброжелательного.

Сниженное функционирование и сокращённый объём в префронтальных областях, что препятствует способности регулировать или преобразовывать аффект и, следовательно, мешает ментализации.

Гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что ведет к хроническому состоянию сверхнастороженности и возбуждению аффектов (Rinne et al. 2002).

Уменьшенный объём гиппокампа, что приводит к а) стремлению автоматически воспроизводить аффективные схемы отношений «Я» и объектов, которые зашифрованы, как скрытые (бессознательные) алгоритмические воспоминания; б) затрудненной способности составлять автобиографическое повествование, основанное как на скрытых, так и на явных воспоминаниях (Gabbard 2009).

Схема поощрения, связанная с прилежащим ядром (центром удовольствия), которое под воздействием секреции дофамина усиливает чувство удовлетворения от дезадаптивных паттернов отношений и стремление их воспроизводить (Gabbard et al. 2006).

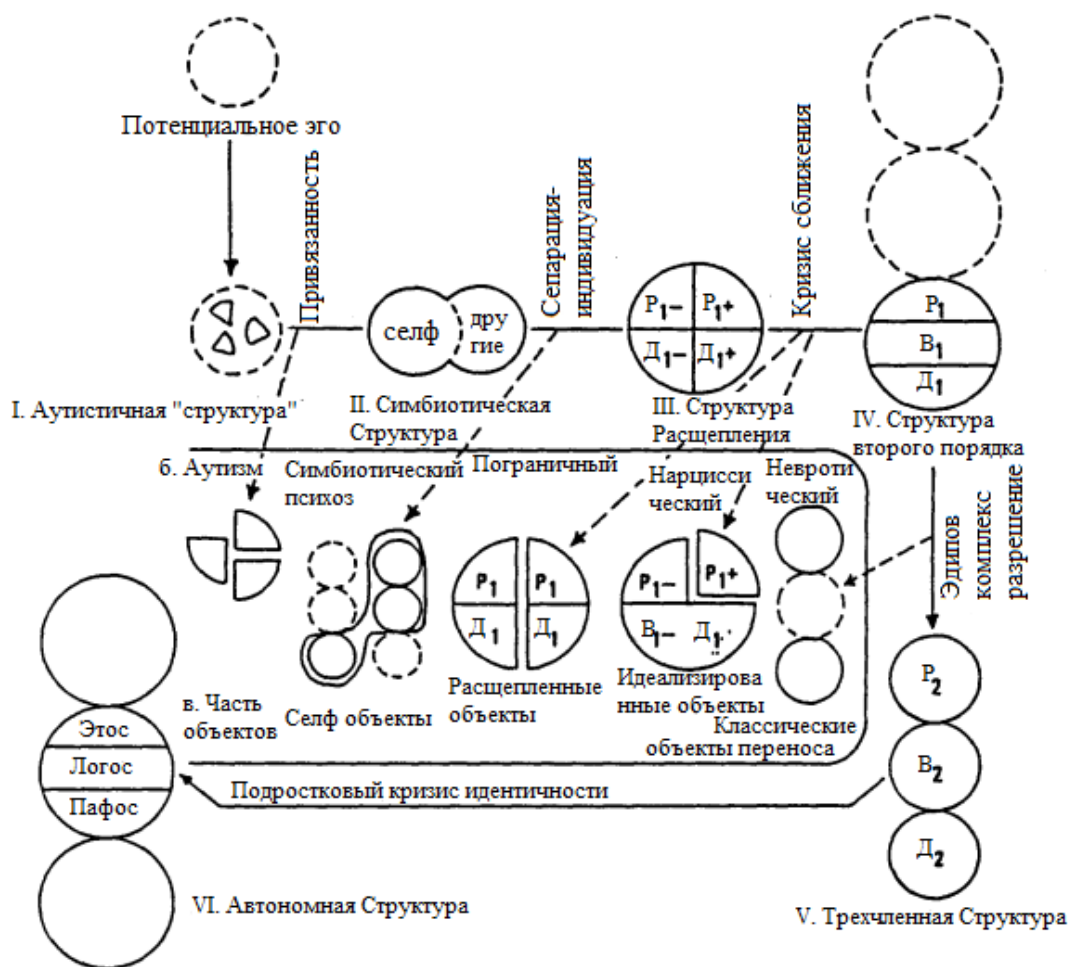


Рисунок 1.
(от Нукин, 1980, стр. 356)
Карта развития эго-состояний.

- Нормальный.
- Патологический (пунктирные стрелки указывают на задержку развития).
- Характерная черта объектных отношений.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЛР, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЕТСЯ ТЕРАПЕВТ

1. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление веществами
2. Недооценка сложности случая – при внешней привлекательности и личностной сохранности обнаруживается выраженный когнитивный и эмоциональный дефицит и кратковременные психотические формы реагирования
3. Отыгрышания (acting out) гнева (ярости) в поведении
4. Выученная беспомощность (отсутствие мотивации реагировать действием в ситуации, где существует реальная возможность улучшить положения дел)



F60 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ. МКБ-Х

G1. Указание на то, что характерные и постоянные типы внутренних переживаний и поведения индивидуума в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или "нормы"). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

- 1) когнитивная сфера (т. е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий; формирование отношений и образов "Я" и "другие");
- 2) эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);
- 3) контролирование влечений и удовлетворение потребностей;
- 4) отношения с другими и манера решения интерперсональных ситуаций.

G2. Отклонение должно быть полным в том смысле, что отсутствие гибкости, недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (т. е. не ограничиваясь одним "пусковым механизмом" или ситуацией).

G3. В связи с поведением, отмеченном в пункте G2, отмечается личностный дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

G4. Должны быть данные о том, что отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

G5. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста, хотя эпизодические или хронические состояния из секций от F00-F09 до F70-F79 настоящей классификации могут существовать одновременно с ним или возникать на его фоне.

G6. В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга (если выявляется такая органическая обусловленность, следует использовать рубрику F07-).

F60.3 ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛАБИЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ. МКБ-Х ШИЗОИДНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ АДАПТАЦИЯ (ДВЕРИ)

F60.30 ИМПУЛЬСИВНЫЙ ТИП

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



А. Должны выполняться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны присутствовать минимум три признака из числа следующих, причем один из них должен быть 2):

1) выраженная тенденция действовать неожиданно и не принимая в расчет последствия;

2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;

3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций;'

4) Трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;

б) нестабильное и капризное настроение.

F60.31 ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП

А. Должны выполняться общие критерии расстройства личности (F60).

Б. Должны отмечаться минимум три из вышеперечисленных симптомов критерия Б для F60.30, и дополнительно два из следующих:

1) расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);

2) Склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;

3) чрезмерные усилия избегать уединения;

4) периодические угрозы и акты самоповреждения;

5) хроническое чувство пустоты.

6D31.5 ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП (МКБ-10: ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОЕ (ПОГРАНИЧНЫЙ ТИП) РЛ)

Квалификатор Пограничного типа может быть применен по отношению к индивидам, картина Расстройства личности которых характеризуется повторяющейся нестабильностью межличностных отношений, образа себя, настроения, а также выраженной импульсивностью, о чем свидетельствуют пять (или более) из следующих критериев:

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



- Отчаянные усилия, чтобы избежать реального или воображаемого одиночества.
- Паттерн неустойчивых, чрезвычайно сложных межличностных отношений, которые могут характеризоваться колебаниями между идеализацией и обесцениванием, обычно связанный с сочетанием сильного желания и страха близости.
- Нарушение идентичности, проявляющееся в выраженном и постоянно неустойчивом образе себя или самоощущении.
- Склонность действовать опрометчиво в состоянии сильного негативного аффекта, что приводит к потенциально саморазрушительному поведению (например, рискованное сексуальное поведение, опасное вождение, чрезмерное употребление алкоголя, употребление психоактивных веществ, переедание).
- Повторяющиеся эпизоды самоповреждения (включая попытки самоубийства).
- Эмоциональная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения. Колебания настроения могут быть вызваны как внутренними (например, собственными мыслями), так и внешними событиями. Как следствие, индивид испытывает сильные дисфорические состояния, которые обычно длятся несколько часов, но могут длиться до нескольких дней.
- Хроническое чувство пустоты.
- Неуместный интенсивный гнев или трудности с контролем гнева, проявляющиеся в частых его проявлениях (например, крики или вопли, бросание или разбивание вещей, драки).
- Преходящие диссоциативные или психотические симптомы (например, кратковременные галлюцинации, паранойя) в состоянии аффекта.

Другие проявления пограничных особенностей, не все из которых могут присутствовать у данного индивида в настоящий момент времени, включают следующее:

- Представление о себе как о несоответствующем, плохом, виновном, отвратительном и достойном презрения.
- Переживание себя как глубоко отличающегося и изолированного от других людей; болезненное чувство отчуждения и всепроникающего одиночества.



- Склонность излишне переживать отказы; проблемы в установлении и поддержании полноценного, надлежащего уровня доверия в межличностных отношениях; частое неправильное истолкование социальных сигналов.

КРИТЕРИИ ПО DSM-V

1. Готовы к отчаянным действиям, чтобы избежать реальной или воображаемой заброшенности. (Примечание: кроме суицидального или самоповреждающего поведения, описываемого в Критерии 5).
2. Склонны к нестабильным и напряженным межличностным отношениям, характеризующимся балансированием между двумя крайностями – идеализацией и обесцениванием.
3. Имеют нарушение идентичности: ярко выраженная и персистирующая неустойчивость образа «Я» или чувства «Я».
4. Импульсивное поведение, по меньшей мере, в двух областях, которые имеют аутоагрессивный потенциал (например, денежные траты, секс, злоупотребление химическими веществами, рискованное вождение, переедание). (Примечание: кроме суицидального или самоповреждающего поведения, описываемого в Критерии 5).
5. Характерно периодически повторяющиеся суицидальное поведение, поступки или угрозы, либо самоповреждения.
6. Присуща нестабильность аффекта в силу выраженной реактивности настроения (например, бывают эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, длящиеся, как правило, несколько часов и, в очень редких случаях, нескольких дней).
7. Испытывают хроническое чувство «внутренней пустоты».
8. Склонны к неадекватному, сильному гневу или с трудом контролируют гнев (например, частые вспышки гнева, постоянная озлобленность, повторяющиеся драки).
9. Имеют транзиторные, связанные со стрессом параноидальные мысли или тяжелые диссоциативные симптомы.

ПОДТИПЫ ПЛР В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Настоящее представление о критериях ПЛР было заложено в DSM-IV-TR, на основании последней были предложены и подтипы ПЛР (Oldham, 2001, 2006), а именно:



аффективный (комбинация аффективной нестабильности, дисфории, тревоги и периодического суицидального поведения, самоповреждений или угроз),
импульсивный (комбинация импульсивности по крайней мере в двух описанных областях и периодического суицидального поведения, самоповреждений или угроз),
агрессивный (комбинация трудности контроля гнева и аффективной нестабильности),
зависимый (комбинация отчаянных попыток избежать заброшенности и аффективной нестабильности, тревожности),
опустошенный (комбинация хронического ощущения пустоты и трудностей с идентичностью).

Прототипом аффективного подтипа ПЛР были описанное Akiskal с коллегами (1981,1985) «субаффективное расстройство», а также описанная Klein и Leibowitz (1982) «истероидная дисфория». Импульсивный подтип отражает и врожденный, ориентированный на действия темперамент, а также отражает взгляд на ПРЛ как на «расстройство импульсивного спектра», похожее на другие расстройства, имеющие проблемы с импульсным контролем, такие как «расстройство, связанное с употреблением ПАВ» и «антисоциальное личностное расстройство» (цит. по Oldham, 2006). Агрессивный подтип ПЛР может рассматриваться и как первичный конституциональный темперамент (Kernberg, 1975), и как вторичная реакция на раннюю травму, насилие или заброшенность (Zanarini, Frankenburg, 2007), коррелирующие с низким уровнем серотонина и других нейротрансмиттеров в ЦНС или общей нейроэндокринной дисрегуляцией (Siever, 1996). Зависимый подтип может быть понят в контексте невозможности отделиться от родителей на стадии сепарации (Masterson, 1976; Masterson, Rinsley, 1975) и нетерпимости одиночества (Gunderson, Links, 2008). И, наконец, опустошенный подтип у пациентов со слабостью и нестабильностью Эго, отражает прерывающийся ранний парентинг и недостаток родительской эмпатии, что приводит к невозможности установления базового доверия и, как следствие этого, к невозможности воспроизводить в памяти хорошие, защищающие внутренние объекты (Adler G., 1977).

Гандерсон (Gunderson, 2001) утверждает, что подтипы ПЛР отражают разную степень тяжести расстройства. Легкие варианты ПЛР обычно успешно компенсируются в процессе интеллектуального развития и формирующихся в процессе жизнедеятельности навыков социально-психологической адаптации [Erikson, 1950; Oldham, 2006], а ПРЛ

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ



средней и тяжелой степени и особенно в ситуации, когда они осложняются злоупотреблением алкоголем и формированием алкогольной зависимости, требуют специализированной медико-психологической помощи.

ВИДЫ ПЛР

CLARKIN, HURT, HULL, 1991

- С нарушением идентичности (хроническое чувство опустошенности или скуки, проблемы с идентичностью и невыносимость одиночества)
- С преобладанием аффективных нарушений (лабильный аффект, нестабильные межличностные отношения, сильный и неадекватный гнев)
- С преобладанием импульсивности (членовредительство, суицид и импульсивное поведение)

MASTERSON, 1976

- Цепляющиеся
- Дистанцирующиеся

Согласно Джеймсу Мастерсону депрессия заброшенности, через которую следует пройти пограничным личностям, чтобы соединиться, состоит из шести коней Апокалипсиса: суицидальной депрессии, гомицидной ярости, безнадежности, беспомощности, пустоты и вакуума, импульсивного отыгрывания, отвлекающего от этих чувств.

ПСИХОЛОГИЯ ПЛР – MISERY (GREENBERG, 1989)

М – проблемы с матерью и послание «Не вырастай, не отделяйся и не будь собой»

I – проблемы с идентичностью (личность состоит из фрагментов, кусочков разных репрезентаций, не достигла стадии «постоянства объекта», когда ребенок хранит целый материнский интроект при отсутствии матери)

S – расщепление (сплиттинг)- репрезентации матери и себя расщеплены на «хороший» и «плохой», части объектов не соприкасаются, будучи разделены «депрессией заброшенности». Черно-белый мир.

E –страх поглощения и заброшенности - не могут определить дистанцию «цепляются или отстраняются»



R – ярость (вспышки неконтролируемой ярости с людьми, с которыми чувствуют себя в безопасности, а с другими чрезвычайно любезны). Гневаясь, они не могут сохранить постоянный контакт с положительными частями объекта, разрушают его

Y – тоска по «совершенному объекту», кто даст им любовь, разрешение отделяться, быть собой и лично расти; будет предан 24 часа в сутки и ничего не потребует взамен. Часть эти ожидания проецируются на терапевта

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЛР (GREENBERG, 1989)

- Создать безопасное, надежное окружение
- Работать с гневом
- Выполнять функции вспомогательного Эго
- Способствовать развитию Эго клиента (ментализация)
- Поощрять отделение и индивидуацию
- Работать с самооценкой
- Убрать карающее Эго
- Улучшить внутриличностный комфорт при помощи тренинга навыков
- Использовать своевременные, неосуждающие конфронтации
- Считать своих клиентов привлекательными

СОЗДАТЬ БЕЗОПАСНОЕ, НАДЕЖНОЕ ОКРУЖЕНИЕ ИЛИ УДЕРЖИВАЮЩИЙ Я-ОБЪЕКТ

- Отзываться на потребности (дистанция), учитывать чувствительность ПЛР к началу и завершению сессии, интонации и выражению лица
- Не конфронтировать их дистанцирование сразу же
- Теплота терапевта должна соответствовать потребности клиента

РАБОТА С ГНЕВОМ (ЯРОСТЬЮ)

- Быть толерантным к проявлениям гнева и раздражения клиента, показывая ему, что вы не нанесете ему «ответный удар» (контроль Талионова импульса)
- Контракт на не-самоповреждение, на не-суицид и на не-убийство обеспечит физическую безопасность
- Учитывать, что при отсутствии терапевта, клиент считает, что его эмоционально нет, поэтому надо использовать «переходный объект»

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 26. Психотерапия пограничной личности.

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

10



- Быть осторожным с преждевременным разрешением выражать гнев на мать, пока клиент не станет использовать терапевта в качестве «постоянного внутреннего объекта»
- Быть готовым к частым регрессиям и выражению гнева и помочь понять происхождение ярости и триггеры, клиент должен знать, что есть физическая возможность ограничить их гнев и вред, который они могут нанести себе или другим (фиксация, госпитализация и т.д.)

ВЫПОЛНЯТЬ ФУНКЦИИ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО Я, СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ СОБСТВЕННОГО Я КЛИЕНТА ЧЕРЕЗ МЕНТАЛИЗАЦИЮ

- Защита, утешение, помощь в осознании
- Называть эмоции своими именами и разоблачать их
- Не поощрять «навешивания ярлыков» и расшифровывать метафоры
- Анализировать реальные чувства
- Помогать осознать, как клиенты используют сплиттинг
- Исследовать перфекционизм клиентов, давая понять, что их можно любить и несовершенных
- Помочь представить последствия отыгрываний
- Поощрять вербальное выражение гнева без отыгрываний

ПООЩРЯТЬ ОТДЕЛЕНИЕ И ИНДИВИДУАЦИЮ

- Чтобы дойти до истинного Я (воссоединить разрозненные части) им надо пройти через «депрессию заброшенности»
- Поощрять свой путь, учиться выбирать и устанавливать границы и «дистанции»
- Учить говорить «нет»

РАБОТА С САМООЦЕНКОЙ И «КАРАЮЩИМИ» ИНТРОЕКТАМИ

- Подчеркивать и хвалить их позитивные черты
- Поощрять самопоглаживания, подчеркивая вещи, которые в них нравятся им самим
- Подчеркивать успехи в терапии
- Использовать рефрейминг и реконструкцию истории раннего детства



- При работе с отрицательными интроектами (см. терапию голосов) учитывать семейную лояльность

УСИЛИВАТЬ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОМФОРТ

- Тренинг навыков, тренинг асертивности
- Считать своих клиентов привлекательными

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПОДГОТОВЛЕННЫХ НЕОСУЖДАЮЩИХ КОНФРОНТАЦИЙ

- **Цепляющийся перенос** (клиент отказывается видеть негативные стороны взаимоотношений, из-за страха потерять их) : «Почему ты остаешься со своим мужем, если он избивает тебя?» (Идти в депрессию заброшенности)
- **Дистанцирующий перенос** (клиент враждебно относится к терапевту) : «Почему вы предполагаете, что я злюсь, когда я спокоен?»
- Прерывая отрицания и отыгрывания, терапевты направляют клиентов к переживанию депрессии заброшенности в поддерживающем окружении с опорой на достигнутое постоянство внутреннего объекта (образа терапевта)

ВИДЫ ПРЕПЯТСТВУЮЩЕГО ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНИЯ (ПП) (ЛАЙНЕН, 2015)

ВИДЫ

1. Поведение, препятствующее получению терапии
2. Поведение, ухудшающее взаимоотношения между пациентами
3. Поведение, приводящее к «выгоранию» терапевта (пациент нарушает личные границы терапевта или снижает его мотивацию)

СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

- Обсуждение ПП
- Цепной анализ ПП (предшествующие причины, реакция, возможные последствия)
- Совместный план изменения ПП
- Стратегии реагирования при отказе изменить ПП (заговорить проблему «на смерть», отпуск от терапии или другой терапевт)

ЛЕЧЕНИЕ ПЛР МЕТОДОМ ТА

(Sterrenberg, Thunissen, TAJ, v.25, №3, 1995)



Считается, что причиной ПЛР является стагнация при переходе расщепленной структуры кризиса сближения в структуру 2 порядка. Кризис сближения не полностью преодолен, и пограничная патология развивается с расщепленными объектами, или нарциссическая патология развивается с чрезмерной идеализацией и обесцениванием. Внешняя граница эго-состояний является хрупкой, что приводит к тенденции устанавливать симбиоз и быстрым переключениям в эго-состояниях.

Цель терапии: Эмоционально пережитый инсайт с учетом содержания эго-состояний, смягчение влияния садистических интроектов Р и усиление функционирования В

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Контракт
2. Укрепление границ эго-состояний
3. Анализ транзакций, поглаживаний и структурирования времени
4. Игры связываются с играми в оригинальной семье
5. Анализ сценариев используется для распознавания содержания эго-состояний, структурной перестройки Ре и интроекций внутри Р

КОНТРАКТ

Контракт предполагает вербализацию центральной проблемы: восстановление внутренних структур и определение границ. Все эго-состояния (тер и кл) должны быть вовлечены: хороший контракт реалистичный и целенаправленный (В-В), не носит обязательного характера приказа, не противоречит этике человека (Р-Р), является творческим и стимулирующим (Ре-Ре).

УКРЕПЛЕНИЕ ГРАНИЦ ЭГО-СОСТОЯНИЙ

Укрепление границ эго-состояний: деконтаминация с целью улучшить катексис В и контейнировать эмоции (обсуждение контаминаций и переопределений, построение эгограммы)

АНАЛИЗ ТРАНЗАКЦИЙ



Анализ транзакций, поглаживаний и структурирования времени. Анализ 2 типов переноса и защитных реакций, устанавливается частичный симбиоз («В первые несколько недель был очевиден страх Карлы перед позитивными поглаживаниями. Она боялась внимания членов группы и терапевтов, потому что в ее опыте она всегда оставалась брошенной. Она неоднократно вела себя саморазрушительно, угрожая бросить все и совершить суицид. Карла пыталась активировать Р терапевта: после ссоры с членом группы она угрожала самоубийством. Ей было предложено рискнуть и лечь в середине группы, ожидая того, кто подойдет и прикоснется к ней. После долгих колебаний она согласилась, и через несколько секунд все члены группы собрались, чтобы обнять ее. Она плакала, как ребенок, и постепенно расслаблялась»

ИГРЫ СВЯЗЫВАЮТСЯ С ИГРАМИ В ОРИГИНАЛЬНОЙ СЕМЬЕ

Анализ игр позволяет пациенту осмыслить повторяющиеся закономерности и их роли по приглашению в игры терапевта и членов группы

АНАЛИЗ СЦЕНАРИЕВ

Анализ сценариев после установления прочных границ между эго-состояниями: предлагают заполнить сценарную матрицу или систему рекетов. Полезно нарисовать диаграмму Ре 2-го порядка с его мыслями, чувствами, посланиями.

ТРАДИЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЛ

Эффективное лечение ПРЛ основано на принципах Good Psychiatric Management («хорошего психиатрического лечения/управления», GPM) [Gunderson, Rudolphi, 2001; Gunderson et al., 2014; Gunderson et al., 2018]. GPM объединяет клиническое ведение пациентов с использованием по показаниям медикаментозного лечения и психотерапевтической коррекции в рамках различных методологических концепций:

- когнитивно-бихевиоральные технологии направлены на формирование саногенного мышления, преодоление дезадаптивных мыслей и формирование навыков преодоления стрессов и навыков адаптации;
- психоаналитические технологии направлены на проработку агрессивных тенденций и реакций контрпереноса;



- психообразовательные технологии направлены на повышение общего образовательного уровня пациента, его
- «психиатрической» и (или) «наркологической» грамотности, на мотивирование пациента к учебе и работе.

ТЕРАПИЯ С ОПОРОЙ НА МЕНТАЛИЗАЦИЮ

Под термином «ментализация» понимается способность пациента относиться к себе и другим лицам не только как к объекту восприятия, но и как к субъекту (субъектам) со своим особым индивидуальным ментальным состоянием [Баарс, Гейдж, 2014]. У пациентов с ПРЛ «психотерапия, основанная на ментализации» [Bateman A, Fonagy P. 2004; Бейтман, Фонаги, 2015] направлена на выявление нарушений ментальной системы осмысления отношений с другими людьми, вследствие которых у пациентов расстраиваются коммуникативные навыки. С учетом выявленных нарушений у пациентов формируют / восстанавливают навыки к гармоничной ментализации, навыки контроля над своими чувствами и навыки их выражения при общении с другими лицами для выстраивания эффективных и гармоничных межличностных отношений. Авторами и приверженцами данной психотерапии ставится задача развить у пациента способность понимать и осознавать весь спектр переживаемых ими чувств даже на фоне доминирующего чувства обиды, вины и иных чувств.

По результатам 5-летней психотерапии данного типа пациентов с ПРЛ по сравнению с традиционными методами психотерапии показано уменьшение клинических проявлений ПЛР (13 % против 87 %) и снижение пациентов с суицидальным поведением (23 % против 74 %). Также включение данной психотерапии в комплексное лечение лиц с ПРЛ позволило уменьшить сроки амбулаторного психиатрического лечения (с 3,5 до 2 лет), и продолжительность приема медикаментозных препаратов, что предполагало лучшие результаты в сравнении с результатами традиционной терапии [Gunderson et al., 2014].

ТЕРАПИЯ, СФОКУСИРОВАННАЯ НА ПЕРЕНОСЕ

Терапия, сфокусированная на переносе (ТСП) [Kernberg, 1975,1981; Кернберг, 2001], относится к психоаналитическим методам психотерапии и рекомендуется для терапии пациентов с ПЛР, у которых наблюдаются явления внутриличностного расщепления или



сплиттинга. Под сплиттингом понимают разделенные на диады части «Я» пациента, ассоциированные с соответствующими объектами, например, ощущение пациентом себя жертвой «родителя-преследователя» или ощущение пациентом себя привлекательным в результате постоянно восхваляющей и (или) поощряющей его оценки со стороны родителей. В результате сплиттинга у пациентов расстраивается ощущение непрерывности своего «Я», и они не могут адекватно оценить поведение другого человека (нарушения ментализации), например, ошибочно воспринимают эмоционально нейтральное выражение лица другого человека как враждебное. ТСП в отношении этих пациентов направлена на перенос в терапевтическую ситуацию их травматического опыта, связанного с дисгармоничными детско-родительскими взаимоотношениями и оформленными в диады. Через интерпретацию этого «диадного» опыта и переживание под контролем терапевта связанных с этим опытом чувств пациенты с ПЛР научаются осознавать и понимать свой внутренний мир и мир других лиц, в том числе в контексте их поведения.

По сравнению с другими психотерапевтическими методами (ДБТ и поддерживающей психоаналитической терапией) были показаны преимущества ТСП для лечения больных с ПРЛ, что проявлялось в достижении более значительного улучшения взаимоотношений с родителями и другими объектами эмоциональной привязанности [Clarkin et al., 2007].

Эти люди часто приходят к терапевту с историей НЕУВАЖЕНИЯ к себе на разных этапах жизни, неуважение является неотъемлемой частью их опыта в отношениях.

Соответственно критичным для построения терапевтических отношений и лечения отношениями есть постоянное проявление УВАЖЕНИЯ.

«Я хочу услышать, что Вы говорите, я хочу принимать Вас серьезно, но я не могу это делать, когда Вы кричите на меня. Давайте замедлимся, немного расслабимся и послушаем что ВАМ НУЖНО?»

Стремимся научить человека **подумать до момента отреагирования.**

«Когда Вы зашли и бросили сумку на диван, наверное для вас это было важно?»

«Давайте подумаем вместе в чем цель вашего поведения?»



Конфронтация всегда проводится так чтобы Клиент понимал для чего вы это делаете:

- «Вы говорили мне что Вы кричите на Вашего мужа, сейчас Вы повышаете голос на меня, Вы так же кричали на администратора. Кричание, повышение голоса не достигает того что Вам нужно. Давайте сейчас перестанем кричать и определим ВАШИ ПОТРЕБНОСТИ»
- Это конфронтация о том что нужно Клиенту, не о том что нужно терапевту, мужу, администратору.

ТЕХНИКА РАЗБИТИЯ ПЕРЕНОСА ПРИ СИЛЬНОЙ НЕГАТИВНОЙ РЕАКЦИИ НА ТЕРАПЕВТА

Клиент кричит, обвиняет Вас:

Шаг 1 Что Вы ожидаете от меня сейчас когда кричите? (5-10 мин)

Шаг 2 Как Вы хотите повлиять на меня когда кричите? Что Вы хотите чтобы я почувствовала ? (5-10 мин)

Шаг 3 Что Вам нужно от меня? (5-10 мин)

ДИАЛЕКТИЧЕСКАЯ БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Диалектическая бихевиоральная терапия (ДБТ) [Linehan, 1993; Лайнен, 2015, 2017] исходит из того, что в основе развития ПРЛ лежит эмоциональная дисрегуляция, импульсивность и напряженность в межличностных отношениях, которые формируются вследствие врожденной биологической уязвимости, либо связаны с неблагоприятным влиянием внешней среды в детском возрасте. В связи с этим ДБТ ориентирована на формирование у пациента диалектического единства между его стремлением (желанием) к изменению своей жизни и имеющихся проблем, с одной стороны, и его готовностью принять неизбежность наличия в жизни проблем и различных трудностей, с другой стороны [Dimeff L.A., Linehan M.M., 2008]. Преодоление пациентом имеющейся у него эмоциональной дисрегуляции осуществляется в процессе его участия в групповых и индивидуальных тренингах, а также в процессе его сопровождения посредством телефонных консультаций. Терапия направлена на нормализацию прошлого травматического опыта, обучение пациента навыкам решения проблем, умению устанавливать причинно-следственные отношения (к чему, например, может привести



суицидальный шантаж для профессиональной деятельности, семьи и т.д.) и соблюдать личные границы.

Уже первое катамнестическое рандомизированное исследование, проведенное в 1991 г., показало, что терапевтическая эффективность ДБТ превосходит иные формы терапии пациентов с ПРЛ с суицидальными тенденциями: 1) снижается количество и тяжесть парасуицидов и самоповреждений; 2) увеличивается включение пациентов в индивидуальные формы психотерапевтической работы; 3) уменьшается продолжительность стационарного лечения [Dimeff L.A., Linehan M.M., 2008]. Более поздними исследованиями также было показано, что при терапии ДБТ пациенты значительно дольше удерживаются в терапии, и достоверно реже у них наблюдается самоуничтожительное и самоповреждающее импульсивное поведение [Verheul et al., 2003], чем при общепринятой терапии ПЛР (Gunderson et al., 2014).

СХЕМА-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Схема-ориентированная терапия (СТ) (Young, Klosko, Weishaar, 2003) направлена на коррекцию у пациентов с пограничными расстройствами четырех дисфункциональных схем жизнедеятельности, которые сформировались в детском возрасте под влиянием травматических событий и определяют дезадаптивное поведение, основанное на негативном опыте: 1) отстраненный защитник; 2) карающий родитель; 3) брошенный / оскорбленный ребенок; 4) злой / импульсивный ребенок. Целью СТ является перестройка дезадаптивных когнитивных систем путем удовлетворения базовых фрустрированных потребностей: 1) потребность в надежной привязанности; 2) потребность в автономии; 3) потребность в компетенции и чувстве идентичности; 4) потребность в свободе выражать свои истинные потребности и эмоции; 5) потребность в спонтанности и игре; 6) потребность в реалистичных ограничениях и самоконтроле [Холмогорова, 2014; Young, Klosko, Weishaar, 2003]. СТ интегрирует когнитивно-бихевиоральные, психодинамические и экзистенциально-гуманистические техники и в качестве базовых принципов предлагает «принцип ограниченного родительства», когда психотерапевт выполняет роль родителя и способствует удовлетворению описанных выше потребностей путем парентинга (частичного перевоспитания), и принцип «эмпатической конфронтации», когда психотерапевт в неагрессивной манере



конфронтирует искаженные представления клиента [Холмогорова, 2014; Young, Klosko, Weishaar, 2003].

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ ПЛР И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И ПАВ

Фармакотерапевтические вмешательства, нацеленные на симптомы ПРЛ и АЗ, полезны. Существуют доказательства того, что некоторые противосудорожные и антипсихотические средства могут значительно уменьшать гнев (один из основных симптомов ПРЛ), а некоторые, такие как ламотриджин, снижают другие основные симптомы ПРЛ, включая импульсивность и лабильность настроения. В исследованиях Ralevski et al. (2007) и Mutschler et al., (2010) было показано, что дисульфирам и налоксон эффективны при АЗ и у пациентов с ПЛР, и без симптомов ПЛР, не ухудшая состояние зависимых с ПЛР, несмотря на опасения, что пациенты с ПЛР могут использовать дисульфирам для самоповреждения из-за их импульсивного характера. Другие исследования показывают, что одни и те же лекарства могут также снизить тягу к алкоголю и его потребление у пациентов с расстройствами / проблемами, связанными с употреблением алкоголя. Несмотря на преждевременность, эти результаты обнадеживают, особенно для этой группы пациентов, для которых варианты лечения очень ограничены. Принимая во внимание имеющиеся данные, оправдано дальнейшее изучение роли противосудорожных препаратов и антипсихотиков второго поколения, в особенности топирамата и арипипразола, хотя хорошие результаты показали также ламотриджин и оланзапин (Gianoli et al., 2012).