

1

Пограничное расстройство личности: понятия, полемика, определения

В последние годы резко повысился интерес к пограничному расстройству личности (ПРЛ). Такое внимание объясняется по меньшей мере двумя факторами. Во-первых, психиатрические клиники и кабинеты частных психологов и психиатров переполнены клиентами, у которых наблюдаются симптомы ПРЛ. Эти симптомы проявляются примерно у 11% амбулаторных пациентов и 19% психически больных, находящихся на стационарном лечении. Среди пациентов [1], страдающих различными формами расстройств личности, симптомы ПРЛ наблюдаются у 33% амбулаторных и 63% госпитализированных больных (см. *Widiger & Frances, 1989*). Во-вторых, существующие подходы к терапии отчаянно нуждаются в совершенствовании. Результаты наблюдений за прошедшими терапией пациентами показывают, что степень их первоначальной дисфункции может быть крайне выраженной; что для заметного клинического улучшения требуется долгое время — многие годы; что в течение многих лет после первичной диагностики у пациентов наблюдается лишь незначительное улучшение (*Carpenter, Gunderson, & Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen, & Gunderson, 1983; McGlashan, 1986a, 1986b, 1987*). Людей с ПРЛ так много, что каждому практикующему психиатру приходится иметь дело по меньшей мере с одним таким пациентом. Пограничное расстройство личности становится причиной очень серьезных проблем и глубоких страданий. Это расстройство трудно поддается лечению. Неудивительно поэтому, что многие клиницисты, когда дело касается ПРЛ, чувствуют себя неуверенно и пытаются найти терапевтический метод, который гарантировал бы хоть какое-то облегчение симптомов пациентов.

Представляет интерес тот факт, что поведенческие паттерны*, которые чаще всего соответствуют диагнозу “пограничное расстройство личности” — умышленное членовредительство и суицидальные попытки, — более или менее игнорировались при определении предмета терапии. Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*) выдвинул предположение, что данные паттерны могут претендовать на роль “поведенческой особенности” пациентов с пограничным расстройством личности. Эмпирические данные говорят в пользу такого мнения: от 70 до 75% людей с пограничным расстройством личности совершили по меньшей мере один акт членовредительства (*Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar, & Davis, 1985*). Степень серьезности нанесенных себе увечий может быть различной: от царапин, ушибов и сигаретных ожогов, не требующих медицинской помощи, до химического отравления, проникающих ранений и удушья, которые опасны для жизни и требуют помещения пациента в реанимацию. Суицидальное поведение пациентов с ПРЛ также не всегда безобидно. Процент самоубийц среди людей с пограничным расстройством может варьироваться, но в среднем составляет около 9% (*Stone, 1989; Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Kroll, Carey, & Sines, 1985*). Исследование (*Stone, 1989*) показало, что за период от десяти до двадцати трех лет после выписки среди больных, у которых присутствовали все восемь симптомов пограничного расстройства** (согласно *DSM-III*), число самоубийств составило 36%, а среди индивидов, симптомы которых соответствовали пяти—семи диагностическим критериям ПРЛ, самоубийство совершили 7%. Среди больных с историей парасуицидального поведения процент самоубийств оказался в

* От англ. *pattern* — повторяющийся узор, орнамент, выкройка. — *Примеч. ред.*

** Ниже приводятся упомянутые симптомы пограничного расстройства личности (источник: Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1, с. 655-656):

1. паттерн нестабильных и интенсивных интерперсональных отношений, которые характеризуются экстремальными колебаниями между чрезмерной идеализацией и чрезмерной недооценкой;
2. импульсивность по меньшей мере в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например трата денег, секс, наркомания, воровство, неосторожное вождение машины, кутежи (не включаются суицидальное или самоповреждающее поведение, упомянутое в пункте 5);
3. аффективная нестабильность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения к депрессии, раздражительность, тревога, обычно продолжающиеся несколько часов и только редко более нескольких дней;
4. неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом, например, часто обнаруживает вспыльчивость, постоянную злобу, нападает на других;
5. повторные суицидальные угрозы, жесты или поведение, или же самоповреждающее поведение;
6. выраженное и постоянное нарушение идентификации, проявляющееся неуверенностью по меньшей мере в 2 из следующих: самооценке или образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке долговременных целей и выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, предпочитаемых ценностях;
7. хроническое ощущение пустоты или скуки;
8. неистовые попытки избежать реального или воображаемого ужаса быть покинутым (не включает суицидальное или самоповреждающее поведение, отмеченные в пункте 5). — *Примеч. ред.*

два раза больше, чем у индивидов с ПРЛ, не проявлявших парасуицидальных паттернов. Хотя ученые уделяют много внимания как суицидальному и парасуицидальному поведению, так и пограничному расстройству личности, что отражено в многочисленной специальной литературе, изучение двух этих сфер проходит изолированно.

У индивидов, которые умышленно наносят себе вред или пытаются покончить с собой, и больных, страдающих ПРЛ, наблюдается некоторое количество схожих характеристик, которые я опишу ниже в этой же главе. Одно совпадение привлекает особое внимание: большую часть индивидов, занимающихся умышленным членовредительством (без смертельного исхода), и большую часть индивидов, поведение которых соответствует диагностическим критериям ПРЛ, составляют женщины. Т. Видигер и А. Франсес (*Widiger & Frances, 1989*), проработав результаты тридцати восьми исследований, обнаружили, что среди пациентов с симптомами ПРЛ 74% женщин. Подобным образом среди женщин чаще наблюдается намеренное членовредительство (*Bancroft & Marsack, 1977; Bogard, 1970; Greer, Gunn, & Koller, 1966; Hankoff, 1979; Paerregaard, 1975; Schneidman, Faberow, & Litman, 1970*). Еще одна демографическая параллель, которую необходимо отметить, — зависимость как ПРЛ, так и намеренного членовредительства от возрастной категории. Примерно 75% всех случаев умышленного членовредительства без летального исхода совершаются индивидами от восемнадцати до сорока пяти лет (*Greer & Lee, 1967; Paerregaard, 1975; Tuckman & Youngman, 1968*). Пациенты с пограничным расстройством личности также принадлежат к более молодой возрастной категории (*Akhtar, Byrne, & Doghramji, 1986*), среди индивидов средних лет интенсивность и распространенность симптомов ПРЛ снижается (*Paris et al., 1987*). Эти демографические совпадения, вместе с другими сходными характеристиками, которые будут обсуждаться ниже, повышают вероятность следующего вывода: научные исследования двух упомянутых выше категорий пациентов, хотя и проводились независимо друг от друга, фактически изучали разные аспекты одной проблемы; обе категории пациентов имеют общее ядро. К сожалению, большинство исследований суицидального поведения не включают диагнозов оси II* *DSM*.

В данной работе описывается интегративная когнитивно-поведенческая терапия, диалектико-поведенческая терапия, разработанная и применяемая для женщин, у которых не только наблюдаются симптомы ПРЛ, но и имеется история множественных актов нелетального суицидального поведения. Возможно, разработанная мной теория и описанная в этой книге и “Руководстве по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности” терапевтическая программа может эффективно использоваться также для работы с мужчинами и несуйцидальными пациентами с ПРЛ. Однако читателю с самого начала необходимо понять, что эмпирическая база, демонстрирующая эффективность предлагаемого лечения, ограничивается женщинами с ПРЛ и историей хронического парасуицидального поведения (намеренное членовредительство, включая суицидальные попытки). (Поэтому под словом “пациент” я, как правило, имею в виду пациента-женщину.) Вероятно, больные именно этой категории имеют самые серьезные проблемы;

* Ось II включает отклонения в развитии личности, в том числе умственную ретардацию, специфические нарушения развития (особенно те, которые ведут к деформации личности), личностные нарушения. — *Примеч. ред.*

несомненно, что именно эта категория больных с ПРЛ составляет большинство. Схема терапии отличается гибкостью и меняется в зависимости от состояния пациента. Поэтому вполне возможно, что данная программа может быть эффективной для лечения больных с менее серьезными проблемами. Однако подобное применение в настоящий момент было бы основано на предположениях, а не доказанных эмпирических фактах.

Понятие пограничного расстройства личности

Определения: четыре подхода к формулировке

Формальное понятие ПРЛ представляет собой относительно новое явление в психопатологии. Оно не входило в диагностические и статистические руководства по психическим расстройствам (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM*), опубликованные Американской психиатрической ассоциацией до 1980 года, пока не появилось очередное переработанное издание — *DSM-III*. Хотя существование констелляции характерных особенностей, составляющих данную диагностическую категорию, было признано гораздо раньше, современный интерес к ней объясняется недавно приобретенным официальным статусом. Обретение этого статуса было сопряжено с многочисленными разногласиями и полемикой. Понятие пограничного расстройства личности получило место в “официальной” терминологии и диагностической классификации благодаря как компромиссу, так и влиянию эмпирических данных. Самым, возможно, спорным моментом было использование слова “пограничное” для присвоения данному расстройству официального названия. Этот термин долгое время был популярен среди представителей психоанализа. Впервые его использовал Адольф Штерн в 1938 году, чтобы описать проходящих амбулаторное лечение больных, которым не приносил пользы классический психоанализ и которые явно не вписывались в категории стандартных на то время психиатрических категорий “невротических” или “психотических” пациентов. В тот период психопатология осмысливалась в рамках континуума от “нормального” до “невротического” и “психотического”. Штерн квалифицировал расстройства своих пациентов как “пограничную группу неврозов”. Долгое время после этого данный термин широко употреблялся психоаналитиками для описания пациентов, которые, несмотря на серьезные дисфункции, не вписывались в рамки существующих диагностических категорий и не поддавались общепринятым аналитическим методам. Различные теоретики рассматривали данное расстройство как феномен на границе между неврозом и психозом (*Stern, 1938; Schmeideberg, 1947; Knight, 1954; Kernberg, 1975*), шизофренией и не-шизофренией (*Noble, 1951; Ekstein, 1955*), нормой и патологией (*Rado, 1956*). В табл. 1.1 приводятся ранние определения термина “пограничный”. В течение многих лет этот термин употреблялся психоаналитиками для обозначения как определенной структуры личностной организации, так и промежуточного уровня нарушения личностного функционирования. Последнее значение термина “пограничный” очевидно.

Таблица 1.1. Пограничные состояния: первые определения и связи между нимиА. Штерн (Stern, 1938)

1. Нарциссизм — одновременно идеализация и презрительное уничижение аналитика, а также других значимых лиц в прошлом.
2. Психическое кровотечение — бессилие в кризисных ситуациях; летаргия; тенденция уступать и сдаваться.
3. Выраженная гиперсензитивность — обостренное реагирование на умеренную критику или отвержение, настолько сильное, что напоминает паранойю, но недостаточное для явного бредового расстройства.
4. Психическая и телесная ригидность — напряжение и оцепенелость, явно заметные для постороннего наблюдателя.
5. Негативные терапевтические реакции — некоторые интерпретации аналитика, которые должны способствовать терапевтическому процессу, воспринимаются отрицательно или как проявления безразличия и неуважения. Возможны депрессия, вспышки ярости; иногда имеют место суицидальные жесты.
6. Конституциональное чувство неполноценности — наблюдается меланхолия или инфантильный тип личности.
7. Мазохизм, часто сопровождающийся глубокой депрессией.
8. Органическая незащищенность — явно конституциональная неспособность переносить сильный стресс, особенно в межличностной сфере.
9. Проективные механизмы — выраженная тенденция к экстерииоризации*, которая подчас ставит индивида на грань бредовых идей.
10. Затруднения при проверке реальности — повреждены эмпатические механизмы восприятия других индивидов. Нарушена способность создавать адекватный и реалистический целостный образ другого индивида на основе частичных репрезентаций.

Х. Дойч (Deutsch, 1942)

1. Деперсонализация, которая не враждебна для “Я” пациента и не беспокоит его.
2. Нарциссическая идентификация с другими индивидами, которая не ассимилируется “Я”, но периодически проявляется через “отыгрывание вовне”.
3. Полностью сохранное восприятие реальности.
4. Бедность объектных отношений и тенденция к заимствованию качеств другого человека как средство сохранения любви.
5. Маскировка всех агрессивных тенденций пассивностью, напускным дружелюбием, которое легко сменяется злонамеренностью.
6. Внутренняя пустота, которую пациент хочет заполнить, присоединяясь к различным социальным или религиозным группам, — независимо от того, близки принципы и доктрины этих групп или нет.

М. Шмидеберг (Schmideberg, 1947)

1. Не выносят однообразия и постоянства.
2. Склонны нарушать многие традиционные социальные правила.
3. Часто опаздывают на психотерапевтические сеансы, неаккуратно их оплачивают.
4. Неспособны переключаться на другие темы во время психотерапевтических сеансов.
5. Характеризуются низкой мотивацией к терапии.
6. Неспособны к осмыслению своих проблем.
7. Ведут неупорядоченную жизнь, в которой постоянно случаются ужасные происшествия.
8. Совершают мелкие преступления (если не обладают значительным состоянием).
9. Испытывают трудности в установлении эмоциональных контактов.

* Экстериоризация (от лат. *exterior* — наружный, внешний) — в психиатрии: установление индивидом причинно-следственной связи между своими “неправильными”, “порочными” поступками (которые подвергаются интрапсихической переработке и вызывают своеобразные комплексные переживания чувства вины) и последующими психопатологическими феноменами (обвиняющие галлюцинации, бредовые идеи греховности, самообвинения). — *Примеч. ред.*

Таблица 1.1 (окончание)

С. Радо (Rado, 1956) ("экстрактивное расстройство")

1. Нетерпеливость и непереносимость фрустрации.
2. Вспышки ярости.
3. Безответственность.
4. Возбудимость.
5. Паразитизм.
6. Гедонизм.
7. Приступы депрессии.
8. Аффективный голод.

Б. Эссер и С. Лессер (Esser & Lesser, 1965) ("истероидное расстройство")

1. Безответственность.
2. Беспорядочная история профессиональной занятости.
3. Хаотические и неудовлетворительные отношения, которые никогда не становятся глубокими или длительными.
4. История эмоциональных проблем в раннем детстве и нарушение вошедших в привычку поведенческих паттернов (например, энурез в зрелом возрасте).
5. Хаотическая сексуальность, часто с комбинацией фригидности и промискуитета.

Р. Гринкер, Б. Вербль и Р. Драй (Grinker, Werble, & Drye, 1968)

Общие характеристики всех пограничных индивидов.

1. Гнев как преобладающий или единственный тип аффекта.
2. Дефектность аффективных (межличностных) отношений.
3. Нарушение самоидентичности.
4. Депрессия как характерный аспект жизни.

Подтип I: на грани психоза

Неадекватное, неадаптивное поведение.
Неполноценное ощущение реальности и самоидентичности.
Негативное поведение и несдерживаемый гнев.
Депрессия.

Подтип II: основной пограничный синдром

Неровные межличностные отношения.
Несдерживаемый гнев.
Депрессия.

Непоследовательная самоидентичность.

Подтип III: адаптивный, безаффектный, мнимо защищенный

Поведение адаптивное, адекватное.
Комплементарные межличностные отношения.
Низкий уровень аффекта, недостаточная спонтанность.
Защитные механизмы отчуждения и интеллектуализации.

Подтип IV: на грани невроза

Анаклитическая депрессия.
Тревожность.
Близость к невротическому, нарциссическому характеру.

Примечание. Приведено по: *The Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation*, by M. H. Stone, 1980, New York: McGraw-Hill. © 1980 by McGraw-Hill. Адаптировано с разрешения.

Дж. Гандерсон (*Gunderson, 1984*) выделяет четыре относительно выраженных клинических феномена, объясняющих многолетнее внимание психоаналитиков к пограничным расстройствам. Во-первых, некоторые пациенты, функциониру-

вание которых кажется вполне нормальным, особенно при проведении структурированных психологических тестов, в ходе неструктурированных экспериментов продемонстрировали дисфункциональные стили мышления, или, выражаясь психоаналитическими терминами, “первобытное мышление”. Во-вторых, довольно многочисленная группа индивидов, которые поначалу казались вполне подходящими для психоанализа, плохо поддавалась этой форме психиатрического лечения. Во многих случаях требовалось прекращение психоанализа и госпитализация [2]. В-третьих, была выделена группа пациентов, у которых, в отличие от большинства других пациентов, поддерживающие терапевтические программы вызвали поведенческие ухудшения. Также показательно, что сами эти индивиды вызвали сильный гнев и чувство беспомощности у той части лечащего персонала, которая имела с ними дело. В совокупности эти факты свидетельствуют о существовании особой категории пациентов, которые, несмотря на положительный прогноз, не поддаются традиционным формам терапии. В ходе психотерапии в эмоциональном состоянии как пациентов, так и терапевтов наблюдалось ухудшение.

Неоднородный состав “пограничной” категории способствовал выработке других понятийных систем для организации поведенческих синдромов и этиологических теорий, связанных с данным термином. В отличие от единого континуума, предлагаемого психоаналитической школой, биологически ориентированные теоретики пользовались мультивекторной системой для определения ПРЛ. С их точки зрения, расстройство представляет собой совокупность клинических синдромов, каждый из которых обладает индивидуальной этиологией, течением и результатом. М. Стоун (*Stone, 1980, 1981*), проведя масштабный обзор литературы по этой проблеме, пришел к заключению, что по своим клиническим характеристикам, семейной истории пациентов, терапевтическим реакциям и биологическим маркерам данное расстройство соответствует нескольким основным расстройствам оси I* *DSM*. Стоун предлагает, в частности, три пограничных подкатегории: относящуюся к шизофрении, относящуюся к аффективному расстройству и относящуюся к органическим нарушениям головного мозга. Каждый из этих подтипов может иметь проявления в диапазоне от “выраженного” до более умеренных форм, которые хуже поддаются идентификации. Именно по отношению к последним применяется термин “пограничные” (*Stone, 1980*). В последние годы в научной литературе просматривается тенденция к осмыслению пограничного синдрома как части континуума аффективных расстройств (*Gunderson & Elliot, 1985*), хотя накапливающиеся эмпирические данные делают такую позицию сомнительной.

Третий подход к осмыслению феномена пограничных расстройств получил название “эkleктично-описательного” (*Chatham, 1985*). Данный подход, в настоящее время воплощенный прежде всего в *DSM-IV* (Американская психиатрическая ассоциация, 1991) и работе Дж. Гандерсона (*Gunderson, 1984*), основан на дефинитивном использовании наборов пограничных диагностических критериев. Определяющие характеристики были выработаны в основном общими усилиями ученых, однако в настоящее время ведется работа по совершенствованию определений эмпирических данных. Например, критерии Дж. Гандерсона (*Gunderson & Kolb, 1978; Kolb & Austin, 1981*) поя-

* Ось I включает клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. — *Примеч. ред.*

вились как результат обзора научно-исследовательской литературы и переработки шести признаков, характерных, по мнению большинства исследователей, для пациентов с ПРЛ. М. Занарини, Дж. Гандерсон, Ф. Франкенбург и Д. Чонси (*Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989*) недавно пересмотрели свои критерии ПРЛ, чтобы добиться более четкого эмпирического контраста между пограничным расстройством личности и другими диагностическими категориями оси II *DSM*. Однако даже в этой последней версии основания выбора новых критериев четко не определены; они базируются скорее на клинических признаках, чем выводах из эмпирических данных. Подобным образом критерии ПРЛ, которые вошли в *DSM-III*, *DSM-III-R* и, наконец, *DSM-IV**, были определены в результате достигнутого консенсуса членами комиссии, сформированной Американской психиатрической ассоциацией. Эти критерии возникли на основе совмещения различных направлений теоретической ориентации членов комиссии, данных о практическом использовании термина “пограничное расстройство личности”, а также эмпирических данных, имеющихся на тот момент. Последние критерии для определения ПРЛ, которые вошли в *DSM-IV* и “Диагностическое интервью для пограничных пациентов, переработанное и исправленное издание” (*Diagnostic Interview For Borderlines, Revised, — DIB-R*), приводятся в табл. 1.2.

Таблица 1.2. Диагностические критерии ПРЛ

DSM-IV ^a
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.

* Последней редакцией “Диагностического и статистического руководства по психическим болезням” является *DSM-IV-TR (2000)*. — *Примеч. ред.*

** Дисфория (греч. *dysphoria* — раздражение, досада) — расстройство настроения. Преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоциональное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенностью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. — *Примеч. ред.*

Таблица 1.2 (окончание)

DIB-R^b

Аффективная сфера

1. Хроническая/общая депрессия.
2. Хроническое чувство беспомощности/безнадежности/никчемности/вины.
3. Хронический гнев и/или частые внешние проявления гнева.
4. Хроническая тревога.
5. Хроническое чувство одиночества/скуки/пустоты.

Когнитивная сфера

1. Необычное мышление/восприятие.
2. Небредовые паранойяльные переживания.
3. Квазипсихотические переживания.

Сфера импульсивных паттернов действий

1. Злоупотребление алкоголем/наркотиками и/или алкогольная/наркотическая зависимость.
2. Сексуальные девиации.
3. Членовредительство.
4. Суицидальные попытки манипулятивного характера.
5. Другие паттерны импульсивного поведения.

Сфера межличностных отношений

1. Непереносимость одиночества.
2. Страх оставления/поглощения/уничтожения.
3. Протест против зависимости и/или серьезный конфликт, вызванный помощью или заботой.
4. Бурные отношения.
5. Зависимость/мазохизм.
6. Пренебрежение/манипулятивность/садизм.
7. Требовательность и/или выпячивание собственных прав.
8. Терапевтическая регрессия.
9. Проблемы контртрансфера и/или “особые” терапевтические отношения.

^a Взято из: DSM-IV Options Book: Work in Progress 9/1/91 by the Task Force on DSM-IV, American Psychiatric Association, 1991, Washington, DC. © 1991 by the American Psychiatric Association. Перепечатано с разрешения.

^b Взято из: “The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders” by M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg, and D. L. Chauncey, 1989, *Journal of Personality Disorders*, 3 (1), 10–18. © 1989 by Guilford Publications, Inc. Перепечатано с разрешения.

Четвертый подход к осмыслению пограничных состояний, основанный на биосоциальной теории научения, предложил Т. Миллон (*Millon, 1981, 1987a*). Миллон — один из самых последовательных противников использования термина “пограничный” для описания соответствующего расстройства личности. Вместо этого он предложил термин “циклоидная личность”, подчеркивая поведенческую и эмоциональную нестабильность, которую он считает существенным признаком данного расстройства. С точки зрения Миллона, модель пограничной личности рассматривается как результат ухудшения состояния предыдущих, менее патологических личностных паттернов. Он подчеркивает различия в клинических историях пациентов и предполагает, что индивиды приходят к ПРЛ различными путями.

Концепция, которую я представляю в этой книге, также основана на биосоциальной теории и во многом перекликается с концепцией Миллона. Мы оба подчеркиваем важность взаимодействия биологических и социальных факторов научения, влияющих на индивида, для этиологии ПРЛ. В отличие от Миллона, я не разработа-

ла собственного определения пограничного расстройства личности. Однако я систематизировала некоторое количество поведенческих паттернов, относящихся к определенной категории пограничных индивидов (имеющих историю множественных попыток членовредительства или суицида). Эти модели подробно рассматриваются в главе 3, а также кратко описываются в табл. 1.3 с целью общего ознакомления.

Таблица 1.3. Поведенческие паттерны при ПРЛ

1. *Эмоциональная уязвимость.* Паттерн значительных трудностей при регулировании отрицательных эмоций, включая высокую чувствительность к негативным эмоциональным раздражителям и медленное возвращение к обычному эмоциональному состоянию, а также осознание и ощущение собственной эмоциональной уязвимости. Может включать тенденцию к обвинению социального окружения за нереалистические ожидания и требования.
2. *Самоинвалидация.* Тенденция игнорировать или не признавать собственные эмоциональные реакции, мысли, представления и поведение. Предъявляются к себе нереалистично высокие стандарты и ожидания. Может включать сильный стыд, ненависть к себе и направленный на себя гнев.
3. *Продолжающийся кризис.* Модель частых стрессогенных, негативных средовых событий, срывов и препятствий, часть из которых возникают в результате дисфункционального стиля жизни индивида, неадекватного социального окружения или случайных обстоятельств.
4. *Подавленные переживания.* Тенденция к подавлению и чрезмерному контролю негативных эмоциональных реакций — особенно тех, которые ассоциируются с горем и потерями, включая печаль, гнев, чувство вины, стыд, тревогу и панику.
5. *Активная пассивность.* Тенденция к пассивному стилю решения межличностных проблем, включая неспособность к активному преодолению трудностей жизни, зачастую в комбинации с энергичными попытками привлечь к решению собственных проблем членов своего окружения; выученная беспомощность*, безнадежность.
6. *Воспринимаемая компетентность.* Тенденция индивида казаться более компетентным, чем он есть на самом деле; обычно объясняется неспособностью к генерализации характеристик настроения, ситуации и времени; также неспособность демонстрировать адекватные невербальные сигналы эмоционального дистресса.

В целом ни теоретики поведенческой школы, ни представители когнитивной парадигмы не предложили определений либо диагностических категорий дисфункциональных поведенческих паттернов, которые принципиально отличались бы от категорий, описанных в данной книге. Это объясняется прежде всего интересом бихевиористов к дедуктивным** теориям личности и ее организации, а также их тяготением к осмыслению и лечению поведенческих, когнитивных и аффективных явлений, относящихся к различным расстройствам, но не “расстройств” как таковых. Когнитивные теоретики, однако, выработали этиологические формулировки пограничных поведенческих паттернов. Эти ученые рассматривают ПРЛ как результат дисфункциональных когнитивных схем, сформированных на ранних этапах жизни. Теории строгой когнитивной ориентации во многих отношениях подобны психоаналитическим теориям с когнитивным уклоном. Важнейшие теоретические направления в отношении феноменологии ПРЛ кратко описаны в табл. 1.4.

* Выученная беспомощность — термин, введенный М. Селигманом и его сотрудниками; означает отсутствие у индивида мотивации реагировать действием в ситуациях, где существует реальная возможность улучшения положения. — *Примеч. ред.*

** Дедуктивный (метод) — способ исследования, при котором частные положения логически выводятся из общих положений. — *Примеч. ред.*

Диагностические критерии: реорганизация

Критерии ПРЛ, как мы выяснили, отражают паттерн поведенческой, эмоциональной и когнитивной нестабильности и дисрегуляции. Подобные проблемы можно объединить в несколько категорий, которые приводятся в табл. 1.5. Я несколько реорганизовала обычные критерии, но если вы сравните пять категорий, которые я опишу ниже, и критерии *DSM-IV* и *DIB-R* (табл. 1.2), то заметите, что реорганизация не повлияла на определения диагностических критериев.

Во-первых, индивиды с ПРЛ обычно страдают от эмоциональной дисрегуляции. Эмоциональные реакции характеризуются высокой реактивностью; основные проблемы индивида с ПРЛ — эпизодическая депрессия, тревога, раздражительность, а также гнев и его проявления. Во-вторых, индивиды с ПРЛ часто страдают от дисрегуляции межличностных отношений. Их отношения с другими людьми могут быть хаотическими, напряженными или сложными. Несмотря на эти проблемы, пациентам с пограничным расстройством личности зачастую чрезвычайно трудно разрывать отношения; вместо этого они могут прилагать невероятные усилия для того, чтобы удержать значимых для них индивидов рядом с собой. Мой личный опыт показывает, что люди с ПРЛ в большинстве случаев вполне успешны в рамках стабильных, позитивных отношений, но терпят неудачу в других условиях.

В-третьих, индивиды с ПРЛ демонстрируют паттерны поведенческой дисрегуляции, о чем свидетельствует чрезвычайное и проблемное импульсивное поведение, а также суицидальное поведение. Попытки членовредительства и самоубийства — обычное явление среди этой категории пациентов. В-четвертых, у индивидов с ПРЛ наблюдается периодическая когнитивная дисрегуляция. Кратковременные, непсихотические формы дисрегуляции мышления, включая деперсонализацию, диссоциацию и бредовые состояния, иногда возникают вследствие стрессогенных ситуаций и, как правило, исчезают, когда стресс проходит. Наконец, распространена дисрегуляция чувства “Я”. Индивиды с ПРЛ нередко утверждают, что они совсем не ощущают своего “Я”, жалуются на чувство пустоты и не знают, кто они. Фактически ПРЛ можно считать распространенным расстройством как регуляции, так и самовосприятия, — концепция, предложенная Дж. Гротштейном (*Grotstein, 1987*).

Внесенные мной изменения подтверждаются интересными данными, собранными Стивеном Хертом, Джоном Кларкиным и их коллегами (*Hurt et al., 1990; Clarkin, Hurt, & Hull, 1991*; см. обзор в: *Hurt, Clarkin, Munroe-Blum, & Marziali, 1992*). Используя иерархический кластерный анализ восьми диагностических критериев *DSM-III*, ученые выявили три кластера критериев: кластер идентичности (хроническое чувство опустошенности или скуки, проблемы идентичности, невыносимость одиночества); аффективный кластер (лабильный аффект, нестабильные межличностные отношения, сильный и неадекватный гнев) и кластер импульсивности (членовредительство, суицид и импульсивное поведение). Когнитивная дисрегуляция в этих результатах не выделяется, поскольку кластеризация была основана на критериях *DSM-III*, не включающих когнитивную нестабильность как один из симптомов ПРЛ.

Для диагностики ПРЛ имеется ряд методик. Исследовательская методика, которая использовалась чаще всего, — первая версия *DIB*, разработанная Дж. Гандерсоном и его коллегами (*Gunderson et al., 1981*); недавно появилась переработанная и

Таблица 1.4. Основные концепции ПРЛ

Аспекты	Психоаналитический подход	Биологический подход	Эклектичный подход	Биосоциальный подход	Когнитивный подход
1. Ведущие теории	Адер, Кернберг, Мастерсон, Мейсснер, Ринзли	Акискал, Адрулонис, Коудри, Гарднер, Хох, Казанин, Д. Клайн, Кети, Полатин, Солофф, Стоун, Ундер	Франсес, Гринкер, Гандерсон, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV	Лайнен, Миллон, Тернер	Бек, Претцер, Янг
2. Что подразумевает понятие "пограничный"	Психоструктурный уровень или психодинамический конфликт	Умеренная выраженность какого-либо расстройства	Специфическое расстройство личности	Специфическое расстройство личности	Специфическое расстройство личности
3. Данные, на основе которых устанавливается диагноз	Симптомы, выведенные логическим путем внутрипсихические структуры, перенос	Клинические симптомы, история наследственности, терапевтические реакции и биологические индикаторы	Комбинация симптомов и поведенческих наблюдений, данные психодинамического и психологического тестирования (WAIS*, тест Роршаха)	Поведенческое наблюдение, структурированное интервью, поведенчески значимые тестовые данные	Поведенческое наблюдение, структурированное интервью, поведенчески значимые тестовые данные
4. Этиология расстройства	Воспитание, природа, предопределение**	Природа***	Не уточняется	Воспитание, природа	Воспитание
5. Состав групп пограничных индивидов	Гомогенный: внутриспсихическая структура	Гетерогенный: вся выборка	Гетерогенный	Гетерогенный	Не уточняется
6. Важность выделения диагностических подтипов	Гетерогенный: описательные симптомы	Гомогенный: каждый подтип	Довольно важное значение	Важное значение	Не уточняется
7. Основания выделения подтипов	Не представляет важного значения (кроме У. Мейсснера)	Важное значение	Р. Гринкер и Дж. Гандерсон: клинические основания; психические основания	Поведенческие паттерны	Не уточняется
8. Рекомендуемая терапия	Модифицированный психоанализ, конфронтационная психотерапия	Химитерапия	Не уточняется	Модифицированная поведенческая/когнитивно-поведенческая терапия	Модифицированная когнитивная терапия

Примечание. Приведено из: *Treatment of the Borderline Personality* by P. M. Chatham, 1985, New York: Jason Aronson. © 1985 by Jason Aronson, Inc. Адаптировано с разрешения.

* *WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)* — "Интеллектуальная шкала Векслера для взрослых" — тест интеллекта, предложенный Д. Векслером в 1955 году. — *Примеч. ред.*

** Когнитивные компоненты могут сыграть ту же роль, что и предопределение; большинство теоретиков, кроме Кернберга, как основной фактор рассматривают воспитание.

*** М. Стоун (*Stone, 1981*) полагает, что 10–15% всех случаев ПРЛ у взрослых по своей природе имеют исключительно психотенный характер.

исправленная версия, о которой мы уже упоминали (*Zanarini et al., 1989*). Критерии, которые чаще всего использовались для клинической диагностики, брались из различных версий *DSM*, последнее время в основном из четвертого издания. Как видно из табл. 1.2, у *DIB-R* и *DSM-IV* много общего. Это не должно никого удивлять, если учесть, что Дж. Гандерсон разработал первую версию *DIB*, а также был председателем рабочей группы при составлении критериев оси II *DSM-IV*. Также имеются различные формы самоотчета для диагностики пациентов (*Millon, 1987b*; обзор см. в *Reich, 1992*).

Понятие парасуицидального поведения

Оживленная полемика возникла в связи с поиском термина для нелетальных увечий, наносимых себе пациентами. Противоречия в основном касались степени и видов намерения (*Linehan, 1986; Linehan & Shearin, 1988*). В 1977 году появился термин “парасуицид” (*Kreitman, 1977*), обозначающий: а) поведение индивидов, связанное с нанесением себе намеренных несмертельных увечий, в результате чего возникают травмы, болезни или риск смерти; б) любое применение медикаментозных или других химических веществ, которые не предписаны для употребления или употребляются в повышенных дозах с выраженным намерением членовредительства или самоубийства. Парасуицид, по определению Н. Крейтмана, включает как имевшие место суицидальные попытки, так и членовредительство (нанесенные себе порезы, ушибы, ожоги) без выраженного намерения покончить с собой [3]. Сюда *не* относится прием медикаментов с целью наркотического опьянения, избавления от бессонницы или самолечения. Парасуицид отличается от суицида, при котором субъект преднамеренно убивает себя; суицидальных угроз, когда пациент говорит, что собирается покончить с собой или нанести себе вред, но еще не привел своих угроз в исполнение (например, стоит на перилах моста, но не прыгает в воду; или высыпает в рот горсть снотворных таблеток, но не глотает их); а также от суицидальной идеи.

Парасуицид включает поведенческие паттерны, которые известны под общим названием “суицидальных жестов” и “манипулятивных суицидальных попыток”. Термин “парасуицид” представляется более предпочтительным по двум причинам. Во-первых, в отличие от двух предыдущих названий, этот термин есть описательное утверждение, а не мотивационная гипотеза. Термины “жест”, “манипулятивный” предполагают, что парасуицид мотивирован намерением опосредованно передать информацию или воздействовать на окружающих, а термин “суицидальная попытка” подразумевает, что субъект пытается лишить себя жизни. Однако имеются и другие возможные мотивы парасуицидального поведения — например, регуляция настроения (скажем, редукция тревожности). В любом случае необходимо провести тщательную оценку, однако упомянутые термины создают обманчивое впечатление, что такая оценка уже проведена. Во-вторых, слово “парасуицид” не имеет столь выраженного негативного смысла. Согласитесь, нелегко положительно относиться к человеку с ярлыком “манипулятор”. Трудности, с которыми сталкивается терапевт при работе с данной категорией пациентов, предоставляют соблазнительную возможность “обвинить жертву” и в конце концов утвердиться в

отрицательном отношении к ней. И все же положительное отношение к индивидам с ПРЛ уже в какой-то степени означает оказание им помощи (*Woollcott, 1985*). Это чрезвычайно важный момент, и я скоро к нему вернусь.

Исследования парасуицида обычно проходили по одной и той же модели, когда индивидов с историей парасуицидального поведения сравнивали с индивидами, не имеющими такой истории. Для сравнения могли использоваться другие суицидальные группы — например, пациенты с суицидальной идеацией, или же случаи завершеного суицида; несуйцидальные пациенты, или же контрольная группа, сформированная из психически здоровых людей. Хотя зачастую диагнозы оси I *DSM* считаются константными, это не стало нормой. Одна из целей научных исследований — установить, какие диагностические категории чаще всего соотносятся с данным поведением. Только в самых последних исследованиях — и то редко — диагнозы оси II *DSM* считаются константными или вообще фиксируются. Тем не менее, при изучении специальной литературы о парасуицидальном поведении нельзя не отметить сходства между характеристиками индивидов с парасуицидальным поведением и индивидов с ПРЛ.

Эмоциональная картина парасуицидальных индивидов характеризуется хронической эмоциональной дисрегуляцией. Поведение парасуицидальных пациентов отличается большей враждебностью и раздражительностью (*Crook, Raskin, & Davis, 1975; Nelson, Nielsen, & Checketts, 1977; Richman & Charles, 1976; Weissman, Fox, & Klerman, 1973*), чем поведение несуйцидальных пациентов и психически здоровых людей; парасуицидальные пациенты также более подвержены депрессии, чем индивиды, действия которых в будущем приводят к завершеному суициду (*Maris, 1981*), а также другие категории психиатрических пациентов и психически здоровых индивидов (*Weissmann, 1974*). Межличностная дисрегуляция проявляется в отношениях с окружающими, которые характеризуются враждебностью, требовательностью и конфликтностью (*Weissmann, 1974; Miller, Chiles, & Barnes, 1982; Greer et al., 1966; Adam, Bouckoms, & Scarr, 1980; Taylor & Stansfeld, 1984*). По сравнению с другими категориями пациентов у парасуицидальных индивидов более слабые системы социальной поддержки (*Weissman, 1974; Slater & Depue, 1981*). Основная проблема данной категории пациентов, по их собственному мнению, — трудности в межличностных отношениях (*Linehan, Camper, Chiles, Strosahl, & Shearin, 1987; Maris, 1981*). Часто наблюдаются паттерны поведенческой дисрегуляции — например, алкоголизм и наркомания, сексуальный промискуитет, история парасуицидального поведения (см. обзор в: *Linehan, 1981; Maris, 1981*). Как правило, у данной категории индивидов отсутствуют когнитивные навыки, необходимые для эффективного совладания с эмоциональными, межличностными и поведенческими стрессами.

Когнитивные трудности включают когнитивную ригидность (*Levenson, 1972; Neuringer, 1964; Patsiokas, Clum, & Luscomb, 1979; Vinoda, 1966*), дихотомическое мышление (*Neuringer, 1961*), а также неспособность справляться с абстрактными и межличностными проблемами (*Goodstein, 1982; Levenson & Neuringer, 1971; Schotte & Clum, 1982*). Трудности, связанные с решением проблем, могут объясняться дефицитом специфических (на фоне общих) возможностей эпизодической памяти (*Williams, 1991*), что характерно для парасуицидальных пациентов и отличает их от других категорий психически больных. Я и мои коллеги обнаружили, что парасуицидальные

индивиды демонстрируют более пассивный (или зависимый) стиль решения межличностных проблем (*Linehan et al., 1987*). Как сообщают многие пациенты, парасуицидальное поведение дает им возможность убежать от жизненных ситуаций, которые кажутся им невыносимыми и неразрешимыми. Индивидуальные характеристики пациентов с ПРЛ и парасуицидальным поведением сравниваются в табл. 1.5.

Таблица 1.5. Сравнительные характеристики ПРЛ и парасуицидального поведения

ПРЛ	Парасуицид
	<u>Эмоциональная дисрегуляция</u>
1. Эмоциональная нестабильность	1. Хронический негативный аффект
2. Проблемы с гневом	2. Гнев, враждебность, раздражительность
	<u>Межличностная дисрегуляция</u>
3. Нестабильные отношения	3. Конфликтные отношения
4. Усилия для избежания потерь	4. Слабая социальная поддержка
	5. Преобладание проблем в межличностных отношениях
	6. Пассивный стиль разрешения проблем в межличностных отношениях
	<u>Поведенческая дисрегуляция</u>
5. Суицидальные угрозы, парасуицид	7. Суицидальные угрозы, парасуицид
6. Импульсивное поведение с причинением себе вреда, включая злоупотребление алкоголем/наркотиками	8. Злоупотребление алкоголем/наркотиками, промискуитет
	<u>Когнитивная дисрегуляция</u>
7. Когнитивные нарушения	9. Когнитивная ригидность, дихотомическое мышление
	<u>Нарушение самовосприятия</u>
8. Нестабильное “Я” и его образ	10. Низкая самооценка
9. Хроническая опустошенность	

Пограничное расстройство личности и парасуицидальное поведение: точки пересечения

Как я уже упоминала, объектом моих научных исследований и клинической работы были хронически парасуицидальные индивиды, которые также соответствовали диагностическим критериям ПРЛ. С точки зрения профессионала это соответствие отличается уникальными особенностями. Пациенты страдают более глубокой депрессией, чем указано в *DSM-IV*. У них также часто наблюдается сверхконтроль и подавление гнева, что выходит за рамки как *DSM-IV*, так и *DIB-R*. Мое отношение к данной категории пациентов не соответствует негативному значению терминов, используемых *DSM-IV* и *DIB-R*. Мой клинический опыт и мои суждения по данным вопросам изложены ниже.

Эмоциональная дисрегуляция: депрессия

“Аффективная нестабильность”, один из терминов *DSM-IV*, относится к выраженной реактивности настроения, вызывающей эпизодическую депрессию, раздражительность или тревогу, которые могут наблюдаться в течение нескольких часов, изредка — нескольких дней. Из этого следует, что превалирующее настроение не определяется отрицательными эмоциями или депрессией. Однако мой опыт работы с парасуицидальными пациентами с ПРЛ показывает, что в целом их превалирующее аффективное состояние крайне негативное — по крайней мере, это касается депрессии. Например, среди пациентов моей клиники (41 человек), которые проявляли симптомы ПРЛ, а также демонстрировали парасуицидальное поведение, 71% соответствовал диагностическим критериям тяжелого аффективного расстройства, а 24% соответствовали критериям дистимии*. При проведении последнего клинического исследования, изучая самоотчеты пациентов, я и мои коллеги (*Linehan, Armstrong, Suarez, Allman, & Heard, 1991*) были поражены явной стабильностью депрессии и состояния безнадежности (период наблюдения — один год). Таким образом, *DIB-R*, с его акцентом на хронической депрессии, стабильных чувствах безнадежности, никчемности, вины и беспомощности, характеризует парасуицидальных индивидов с ПРЛ более адекватно, чем *DSM-IV*.

Эмоциональная дисрегуляция: гнев

Как *DSM-IV*, так и *DIB-R* подчеркивают нарушения контроля над гневом при пограничном функционировании психики. Оба руководства упоминают о сильном чувстве гнева и его поведенческих проявлениях. Среди пациентов нашей клиники — некоторое количество тех, которые явно соответствуют этим критериям. Однако у нас есть парасуицидальные пациенты с ПРЛ, для которых характерно сдерживание чувства гнева. Эти пациенты проявляют гнев чрезвычайно редко или вообще не проявляют. Наоборот, у них наблюдаются паттерны пассивного и подчиненного поведения в таких ситуациях, когда был бы уместен гнев — или, по крайней мере, ассертивное поведение**. Проблемы с выражением чувства гнева мешают нормальному функционированию как первых, так и вторых; при этом пациенты одной группы выражают гнев чересчур экспрессивно, а пациенты другой группы — недостаточно экспрессивно. Что касается пониженной экспрессивности выражения чувства гнева, в некоторых случаях она интерпретируется как следствие чрезмерной экспрессивности в прошлом. Почти во всех случаях пограничные индивиды с пониженной экспрессивностью проявляют явные страх и тревогу в связи с выражением чувства гнева. Порой они опасаются, что могут утратить контроль

* Дистимия (греч. *dys* — нарушение функции, рассогласование, *thymos* — настроение, чувство) — кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, недовольство, анксиозно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение). — *Примеч. ред.*

** Ассертивное поведение — уверенное поведение, отличается от агрессивного или неуверенного тем, что демонстрирующий его индивид ориентирован на равное соблюдение интересов всех сторон. — *Примеч. ред.*

над собой, если проявят свой гнев хотя бы в малейшей степени, а иногда бояться, что объекты даже незначительных проявлений гнева будут мстить им.

“Манипуляция” и другие негативные описания

Как *DIB-R*, так и *DSM-IV* подчеркивают так называемое “манипулятивное” поведение как составляющую пограничного синдрома. К сожалению, ни в одном из руководств нет четкого указания на то, какое операциональное определение можно дать данным поведенческим паттернам. Манипуляция — ловкая проделка, ухищрение, махинация; это слово обычно употребляется с оттенком неодобрения. Данное определение подразумевает, что манипулирование — это намеренное воздействие на других индивидов непрямыми и/или нечестными методами.

Типично ли такое поведение для индивидов с ПРЛ? Основываясь на своем клиническом опыте, могу сказать — нет. Наоборот, когда пациенты с ПРЛ пытаются повлиять на кого-то, они, как правило, прямолинейны, напористы и отнюдь не прибегают к хитрости и уловкам. Несомненно, индивиды с ПРЛ воздействуют на других людей. Часто самым эффективным (в плане воздействия) поведенческим паттерном выступает парасуицид или угроза самоубийства; в других ситуациях — жалобы на чрезвычайно сильную боль и страдания или на какой-либо кризис, требующий помощи окружающих. Конечно, подобное поведение отнюдь не означает манипулирование. В противном случае манипулятивным поведением пришлось бы считать любой призыв о помощи со стороны испытывающих страдания людей. Вопрос в том, используют ли индивиды с ПРЛ упомянутые поведенческие паттерны для того, чтобы намеренно оказывать на других людей не прямое воздействие. Подобная интерпретация едва ли соответствует восприятию индивидов с ПРЛ своих собственных целей. Поскольку мотивы поведения можно установить только с помощью самоотчета, утверждать, что намерение присутствует, вопреки утверждениям пациентов, означало бы либо признать их патологическими лжецами, либо постулировать существование неосознаваемых мотивов поведения.

Трудно согласиться с утверждениями некоторых теоретиков о том, что индивиды с ПРЛ часто лгут. Это не соответствует моему опыту, за одним-единственным исключением. Исключение связано с использованием незаконных наркотиков и предписанных медикаментозных средств в условиях жесткого контроля (эта тема будет обсуждаться в главе 15). Мой опыт работы с суицидальными пациентами с ПРЛ показывает, что частая интерпретация их поведения как “манипулятивного” выступает основным источником возникающего у них ощущения несостоятельности и непонимания со стороны окружающих. С их собственной точки зрения, суицидальное поведение отражает серьезную, порой крайне интенсивную суицидальную идеацию, а также неуверенность относительно смысла жизни. Хотя сообщения пациентов о необычных идеях или демонстрация экстремального поведения может сопровождаться желанием получить помощь от адресатов сообщений, это не обязательно означает, что пациенты действуют подобным образом именно для того, чтобы добиться поддержки.

Многочисленные случаи суицидального поведения и угрозы самоубийства, обостренные реакции на критику, непринятие и претензии, частая неспособность определить, какие именно факторы непосредственно влияют на их поведение,

действительно заставляют окружающих чувствовать себя объектом манипуляций. Однако делать вывод о целях поведения на основании последствий этого поведения (в данном случае мнение окружающих о том, что они стали объектами манипуляций) было бы нелогично. Тот факт, что на поведение влияют его последствия (“оперантное поведение”, выражаясь бихевиористическими терминами) едва ли имеет какое-либо отношение к намерению индивида, цели этого поведения. Цель не определяется результатом. Например, пациент вполне предсказуемо может угрожать самоубийством, когда его подвергают критике. Если после этого критик всегда меняет гнев на милость и переходит к утешению и ободрению, можно с уверенностью сказать, что связи между критикой и угрозами самоубийства станут более прочными. Однако существование подобной корреляции ни в коей мере не означает, что пациент пытается или намеревается изменить поведение критикующего его человека с помощью угроз или вообще осознает взаимосвязь между своим поведением и поведением критикующего. Поэтому поведение индивидов с ПРЛ нельзя назвать “манипулятивным” в общепринятом значении этого термина. Утверждение же о том, что “манипуляции” осуществляются неосознанно, будет логической тавтологией, основанной на клиническом допущении. Негативные обертоны подобного допущения и ненадежность клинических допущений в целом (см. обзор у *Mischel, 1968*) свидетельствуют о неоправданности подобных утверждений.

Как в *DIB-R*, так и в *DSM-IV* используются другие термины с негативным значением. Например, в одном из предлагаемых критериев неустойчивого образа “Я” в *DSM-IV* можно найти следующее предложение: “Как правило, это включает переход от положения бедного просителя к положению праведной и мстительной жертвы”. Рассмотрим выражение “праведная и мстительная жертва”. Его применение подразумевает некую дисфункциональность и патологию данной позиции. Однако последние данные о том, что 76% женщин, соответствующих критериям ПРЛ, действительно стали жертвами сексуальных домогательств в детском и подростковом возрасте, а также статистика физического насилия, которому подвергаются эти индивиды, свидетельствуют о том, что упомянутая позиция не соответствует действительности.

Теперь рассмотрим выражение “бедный проситель”. Нет ничего необычного в том, что испытывающий сильные страдания индивид становится “бедным просителем”. Наоборот, именно такая позиция может обеспечить индивиду помощь, необходимую для облегчения его нынешнего мучительного состояния. Это особенно относится к тем случаям, когда не хватает общих ресурсов или когда нуждающийся в помощи не имеет достаточно ресурсов для того, чтобы “купить” необходимую поддержку. Для индивидов с пограничным расстройством личности характерно как первое, так и второе. У специалистов в области психического здоровья не много средств для оказания помощи таким людям. Та небольшая помощь, которую мы им можем предложить, ограничена другими обязанностями и личными потребностями. Зачастую мы можем уделить индивидам с ПРЛ всего несколько часов в неделю, и они получают от нас лишь скудные крохи того, в чем больше всего нуждаются, — нашего времени, внимания, заботы. У индивидов с ПРЛ нет также необходимых навыков для поиска, развития или поддержания других межличностных отношений, которые могли бы дать то, что им так необходимо. Порицать же

людей, которые не получают того, в чем нуждаются, по меньшей мере негуманно. Когда пострадавшие от ожогов или больные раком просят нас о помощи, мы не начинаем иронизировать по этому поводу. Думаю, если таким людям не давать обезболивающих лекарств, их мысли, как и у пациентов с ПРЛ, тоже будут метаться между жизнью и смертью.

На это можно возразить, что для психиатров упомянутые термины не несут негативного значения. Возможно, так оно и есть. Однако мне кажется, что подобные уничижительные термины уж точно не способствуют сочувственному, понимающему и заботливому отношению к индивидам с ПРЛ. Наоборот, они устанавливают эмоциональную дистанцию между клиницистами и пациентами и вызывают у терапевтов отрицательное отношение к индивидам с ПРЛ. В других случаях такие термины отражают уже существующие эмоциональные барьеры, гнев и неудовлетворенность специалистов. Одна из главных целей моей работы — создать такую теорию ПРЛ, которая одновременно была бы рациональной с точки зрения науки и свободной от субъективизма и критицизма. Основная идея состоит в том, что эта теория должна привести к выработке эффективных терапевтических методов, а также формированию сострадательного отношения к индивидам с ПРЛ. Такое отношение крайне необходимо, особенно когда речь идет о данной категории пациентов. Наши возможности помощи ограничены, страдания этих людей чрезмерны, а от успехов или неудач наших попыток помочь им может зависеть их жизнь.

Терапия пограничного расстройства личности: введение

Разработанная мной терапевтическая программа — диалектическая поведенческая терапия, или ДПТ — в основном представляет собой адаптацию широкого спектра методов когнитивной и поведенческой терапии специально для проблемы ПРЛ, включая различные виды суицидального поведения. Такие особенности, как акцент на диагностике, сбор данных о поведении пациентов в текущий период, точное операциональное определение терапевтических целей, отношения сотрудничества между терапевтом и пациентом (включая ориентацию последнего на терапевтическую программу и обоюдное стремление к решению терапевтических задач), а также применение обычных когнитивно-поведенческих методик свидетельствуют о том, что это стандартная программа когнитивно-поведенческой терапии. Основные терапевтические процедуры решения проблем, методов воздействия, обучения навыкам, управления стрессогенными ситуациями и когнитивной модификации уже давно и прочно утвердились в когнитивной и поведенческой терапии. Каждому из этих комплексов процедур посвящено множество теоретических работ и эмпирических исследований.

ДПТ также обладает определенными отличительными особенностями. Как видно из названия, важнейшей характеристикой выступает акцент на “диалектике”, т.е. примирении противоположностей в процессе непрерывного синтеза. основополагающий аспект этой диалектики — необходимость принимать пациентов такими, какие они есть, в то же время пытаясь научить их меняться. Напряжение между различными изменениями, происходящими с пациентами, чрезвычайно высокими и низкими устремлениями и ожиданиями, основанными на собственных

возможностях, создает невероятные трудности для терапевтов. Это напряжение требует постоянных мгновенных переходов, в зависимости от обстоятельств, от поддерживающего принятия к конфронтации и стратегиям изменений. Акцент на принятии как противовесе изменениям вытекает непосредственно из интеграции психологической практики Запада и восточной философии (дзэн). Термин “диалектика”, кроме того, подразумевает необходимость диалектического мышления со стороны терапевта, а также работу над изменениями собственного недиалектического, дихотомического, негибкого мышления со стороны пациента. Стиль ДПТ представляет собой сочетание основанного на фактах, несколько негативного, порой даже жестокого отношения к парасуицидальному поведению и другим дисфункциональным типам поведения в настоящем и прошлом, с одной стороны, и теплоты, гибкости, чуткости и стратегического самораскрытия терапевта — с другой. Постоянные попытки в рамках ДПТ произвести “рефрейминг” суицидального и других дисфункциональных поведенческих паттернов и представить их в качестве одного из множества средств решения проблем, приобретенных пациентами, уравниваются акцентом на валидации* текущих эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций в том виде, в котором они проявляются. Сосредоточение на решении проблем требует от терапевта систематической работы над всеми дисфункциональными поведенческими паттернами пациента (как во время психотерапевтических сеансов, так и вне их) и терапевтическими ситуациями, включая проведение совместного поведенческого анализа, формулирование гипотез относительно возможных факторов влияния на данную проблему, генерирование возможных изменений (поведенческих решений), а также испытание и оценку этих решений.

Пациентов активно обучают эмоциональной регуляции, межличностной эффективности, навыкам перенесения дистресса, общей психической вовлеченности и самоконтролю. Все терапевтические модели приветствуют и разъясняют применение упомянутых навыков. Использование стрессовых ситуаций в терапевтическом контексте требует, чтобы терапевт внимательно отслеживал влияние обоих участников — себя и пациента — друг на друга. Хотя основной упор делается на естественно возникающих стрессовых обстоятельствах как средстве воздействия на поведение пациента, терапевту позволяется использовать как произвольное подкрепление, так и ситуации дистресса, если данное поведение может иметь летальный исход или если в обычных терапевтических условиях трудно добиться от пациента необходимого поведения. В ДПТ постоянно подчеркивается тенденция пациентов с пограничным расстройством личности активно избегать угрожающих ситуаций. Поэтому в рамках ДПТ одобряется экспозиция угрожающих раздражителей как в терапевтическом контексте, так и *in vivo* (в условиях реальной жизни, лат. — *Примеч. ред.*). Акцент на когнитивной модификации не столь выраженный,

* Валидация (от англ. *valid* — действительный, веский) — распознавание и признание окружением эмоциональных реакций индивида. Валидация чувств поощряет “Я” индивида — он чувствует поддержку, одобрительные комментарии окружения вселяют в него чувство полноценности. В какой бы форме ни осуществлялась валидация чувств, индивид всегда понимает ее содержание одинаково: “Ваши чувства приемлемы, вы имеете на них право”. — *Примеч. ред.*

как в “чистой” когнитивной терапии, однако такая модификация поощряется и в процессе поведенческого анализа, и при подготовке поведенческих изменений.

Акцент ДПТ на валидации требует, чтобы терапевт искал частицу смысла или истины, которая заключена в каждой реакции пациента, и доносил этот смысл или истину до своего подопечного. Вера в то, что пациент желает добиться терапевтического прогресса и личностного роста, а также вера в присущую ему способность к изменениям является основой данной терапевтической системы. Валидация включает также частое, благожелательное признание терапевтом того эмоционального отчаяния, которое испытывает пациент. На протяжении всего терапевтического процесса сохраняется ориентация на построение и поддержание позитивных межличностных отношений сотрудничества между пациентом и терапевтом. Главная особенность терапевтических отношений состоит в первичной роли терапевта как советника именно пациента, а не советника других людей относительно пациента.

Различия между данным подходом и стандартной когнитивной и поведенческой терапией

Некоторые аспекты ДПТ отличают ее от “обычной” поведенческой и когнитивной терапии: 1) акцент на принятии и валидации поведения в том виде, в котором оно проявляется в настоящий момент; 2) акцент на модификации поведения, препятствующего терапии; 3) акцент на терапевтических отношениях как необходимом условии лечения; 4) акцент на диалектическом характере процесса. Во-первых, ДПТ акцентирует принятие фактического поведения и действительности в большей мере, чем большинство когнитивных и поведенческих терапевтических систем. В значительной степени стандартная когнитивно-поведенческая терапия может интерпретироваться как технология изменений. Многие ее методики берут свое начало в сфере научения, которая есть не что иное, как изучение поведенческих изменений через опыт. ДПТ, наоборот, подчеркивает необходимость сбалансированности изменений и принятия. Хотя принятие пациентов существенно важно для любой успешной терапии, ДПТ опережает стандартную когнитивно-поведенческую терапию, подчеркивая необходимость обучения пациентов принятию себя и своего мира такими, какие они в настоящий момент. Поэтому технология принятия настолько же важна, как и технология изменений.

Акцент ДПТ на сбалансированности принятия и изменений в значительной степени объясняется моим опытом медитации и изучения восточных философско-религиозных систем. Такие принципы ДПТ, как наблюдение, психическая вовлеченность, а также некритическое отношение заимствованы мной из философии и практики дзэн. Поведенческое лечение, которое в этом отношении больше других приближается к ДПТ, — контекстуальная психотерапия С. Хайза (*Hayes, 1987*). Хайз — представитель радикальной поведенческой терапии, который также подчеркивал необходимость поведенческого принятия. На создание ДПТ оказали влияние также некоторые другие теоретики, применяющие эти принципы к специфическим проблемным сферам. Например, Г. Марлатт и Дж. Гордон (*Marlatt & Gordon, 1985*) учат психической вовлеченности алкоголиков, а Н. Джейкобсон (*Jacobson, 1991*) недавно начал систематическое обучение принятию проблемных семейных пар.

Акцент ДПТ на препятствующем терапии поведении скорее ближе к психодинамической ориентации на трансферное поведение, чем к какому-либо аспекту стандартных когнитивно-поведенческих терапевтических систем. В целом поведенческие терапевты провели мало эмпирических исследований по работе с препятствующим терапии поведением. Исключением можно считать многочисленную литературу по терапии поведения следования (напр., *Shelton & Levy, 1981*). Другие подходы к данной проблеме обычно рассматривались с точки зрения “шейпинга” (формирование, англ. — *Примеч. ред.*), который пользовался достаточно большим вниманием у специалистов, занимающихся терапией детей, пациентами с хроническими психическими заболеваниями, требующими стационарного лечения, и умственно отсталыми индивидами (*Masters, Burish, Hollon, & Rimm, 1987*). Это вовсе не значит, что данную проблему совершенно проигнорировали. П. Чемберлен с коллегами (*Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984*) даже разработали шкалу сопротивления терапии для работы с супружескими парами, проходившими поведенческую семейную терапию.

Мой акцент на терапевтических взаимоотношениях как необходимом условии прогресса ДПТ основывается прежде всего на работе с суицидальными индивидами. Порой такие отношения становятся единственным фактором, который удерживает пациентов от самоубийства. Поведенческие терапевты уделяют внимание терапевтическим отношениям, но не в такой мере, как в моей диалектической поведенческой терапии. Р. Коленберг и М. Тсай (*Kohlenberg & Tsai, 1991*) недавно разработали интегрированную поведенческую терапию, в которой проводником изменений выступают взаимоотношения терапевта и пациента; эти идеи оказали влияние на ДПТ. И хотя представители когнитивной терапии постоянно упоминали о важности взаимоотношений “терапевт—пациент”, они мало писали о том, как их построить. Исключение — недавно опубликованная книга Дж. Сафрана и З. Сигала (*Safran & Siegal, 1990*).

Наконец, акцент на диалектическом процессе (о чем подробно говорится в главе 2) отмежевывает ДПТ от стандартной когнитивно-поведенческой терапии, но не настолько, как это кажется на первый взгляд. Подобно поведенческой терапии, диалектика говорит о преимуществе процесса над структурой. Последние достижения радикального бихевиоризма и контекстуальной теории, а также подходы к поведенческой терапии, возникшие на их основе (напр., *Hayes, 1987; Kohlenberg & Tsai, 1992; Jacobson, 1992*), имеют много общего с ДПТ. Более поздние подходы к когнитивной терапии в рамках теории обработки информации (напр., *Williams, in press*) также подчеркивают преимущество процесса над структурой. Однако ДПТ в применении диалектических принципов идет гораздо дальше, чем многие стандартные когнитивные и поведенческие терапевтические системы. Влияние диалектической ориентации на определение терапевтических стратегий весьма существенное. Акцент на диалектических принципах в ДПТ больше всего похож на терапевтическую направленность в гештальт-терапии, которая также берет начало в холистической теории систем и ориентируется на такие идеи, как синтез. Интересно, что новейшие подходы когнитивной терапии к ПРЛ, разработанные А. Бекком и его коллегами (*Beck, Freeman, & Associates, 1990; Young, 1988*), открыто заимствуют методики гештальт-терапии.

Следует ли считать эти различия основополагающими — вопрос практики. Конечно, в конце концов стандартные когнитивно-поведенческие составляющие могут оказаться именно тем фактором, который обуславливает эффективность ДПТ. Или же может случиться, что по мере расширения диапазонов когнитивной и поведенческой терапии различия между ДПТ и более консервативными методами лечения окажутся не столь резкими, как мне это представляется в настоящее время.

Эффективность терапии (эмпирические данные)

Диалектическая поведенческая терапия — один из немногих психосоциальных подходов к лечению ПРЛ, эффективность которого подтверждается эмпирическими данными специальных исследований. Это вызывает удивление, учитывая большие трудности, связанные с терапией данной категории пациентов, огромное количество специальной литературы по работе с ними и широкий интерес к данной проблеме. Я смогла обнаружить всего лишь две другие терапевтические системы, которые подвергались контролируемым клиническим испытаниям. Э. Марциали и Х. Мунро-Блум (1987; *Munroe-Blum & Marziali, 1987, 1989; Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1991*) сопоставляли психодинамическую групповую терапию ПРЛ (психотерапия управления отношениями, *Relationship Management Psychotherapy — RMP*) и обычную индивидуальную психотерапию. Они не нашли никаких различий в терапевтических результатах, хотя при психотерапии управления отношениями меньшее количество пациентов прекращали лечение преждевременно. Р. Тернер (*Turner, 1992*) недавно завершил рандомизированные* контролируемые испытания структурированной мультимодальной терапии, состоящей из фармакотерапии в сочетании с интегративной динамической/когнитивно-поведенческой терапией, довольно близкой к ДПТ. Предварительные результаты указывают на перспективность структурированной мультимодальной терапии — наблюдается постепенное убывание проблемных когнитивных и поведенческих, тревоги, депрессии.

По ДПТ были проведены два клинических исследования. В обоих хронически парасуицидальные пациенты с симптомами ПРЛ случайным образом подвергались ДПТ либо обычной индивидуальной психотерапии. Исследования проводились с участием терапевтов (среди которых была и я), психологов, психиатров и других специалистов, прошедших специальную подготовку по ДПТ под моим руководством. Клинические испытания продолжались в течение одного года. Обследования проводились каждые четыре месяца, последнее — по результатам терапии. После окончания терапии были проведены еще два обследования с интервалом в шесть месяцев.

Исследование 1

В ходе первого исследования двадцати четырем пациенткам назначили ДПТ, другим двадцати трем — традиционную психотерапию. Учитывали данные только тех пациенток, которые прошли четыре и более психотерапевтических сеанса, т.е. двадцати двух женщин. Одна из пациенток, которая проходила традиционную пси-

* Рандомизация (от англ. *random* — случайный) — метод случайного причисления (в данном случае испытуемых к экспериментальной или контрольной группе). — *Примеч. ред.*

хотерапию, не явилась для обследования. Результаты, свидетельствующие о преимуществе ДПТ, были выявлены в каждой целевой области исследования.

1. По сравнению с пациентками, проходившими традиционную психотерапию, у моих пациенток на протяжении годичного лечения наблюдалась значительно меньшая склонность к парасуицидальному поведению как таковому, они сообщали о меньших парасуицидальных эпизодах во время каждого обследования, было зарегистрировано меньше тяжелых (в медицинском отношении) случаев парасуицида на протяжении года. Такие результаты были получены несмотря на то, что ДПТ не казалась более эффективной, чем традиционная психотерапия, если судить по самоотчетам о чувстве безнадежности, суицидальной идееи или смысле жизни (у пациенток, чье состояние улучшалось). Подобное снижение частоты парасуицидальных эпизодов было обнаружено У. Барли и его коллегами (*Barley et al., in press*), когда они применили ДПТ в условиях психиатрического стационара.
2. ДПТ оказалась эффективнее, чем традиционная психотерапия, для предотвращения досрочного прекращения пациентами терапии — самый проблемный из типов препятствующего терапии поведения. За год терапии бросили всего 16,4% — значительно меньше по сравнению с 50–55% пациентов, преждевременного оставивших терапию при других методах лечения за тот же период (*Koenigsberg, Clarkin, Kernberg, Yeomans, & Gutfreund, in press*).
3. Пациентки, проходящие ДПТ, реже попадали в психиатрические клиники; суммарное время, проведенное в психиатрическом стационаре среднестатистической пациенткой, было меньше (8,46 дня за год по сравнению с 38,86 дня для среднестатистической пациентки, проходившей традиционную психотерапию).

Во многих клинических исследованиях индивиды, которые предпринимали суицидальные попытки либо были госпитализированы вследствие каких-либо психиатрических проблем, исключаются из эксперимента. Поэтому я была особенно заинтересована в том, чтобы объединить изучение двух этих результатов. Была разработана система классификации психологического функционирования с континуумом от хорошего до плохого. Индивиды, которые не подвергались психиатрической госпитализации и не демонстрировали парасуицидальное поведение в течение последних четырех месяцев, считались “хорошими”. Пациентки, которые либо проходили стационарное лечение в психиатрических клиниках, либо демонстрировали парасуицидальное поведение, условно назывались “умеренными”. А те индивиды, которые и подверглись психиатрической госпитализации, и проявили парасуицидальное поведение в течение последних четырех месяцев терапии (вместе с пациенткой, которая покончила с собой), считались “плохими”. Используя такую классификацию, тринадцать пациенток ДПТ показали хорошие результаты, у шести были умеренные, и у трех — плохие. В условиях традиционной психотерапии по шесть пациенток приходилось на хорошие и плохие результаты, десять пациенток показали умеренные результаты. Разница в результатах получается существенной: на уровне достоверности различий $p < 0,02$.

4. По окончании лечения общая приспособляемость пациенток ДПТ по сравнению с индивидами, проходившими традиционную психотерапию, оценивалась интервьюером выше. Сами пациенты выше оценили свою успешность в испол-

нении обычных социальных ролей (на работе, в школе, в быту). Эти результаты в сочетании с успехом ДПТ в сокращении среднестатистического периода психиатрической госпитализации свидетельствуют об эффективности ДПТ в лечении опасного для жизни поведения.

5. Эффективность ДПТ для усиления определенных поведенческих навыков была смешанной. Что касается эмоциональной регуляции, пациентки ДПТ считали себя более успешными в изменении своих эмоций и усилении общего контроля над ними, чем индивиды, проходившие традиционную психотерапию. У пациенток ДПТ также был гораздо более низкий уровень гневливости и тревожности согласно тестам-самоотчетам. Однако самоотчеты не показали никакого различия в уровне депрессии (хотя состояние всех пациенток улучшилось). Что касается межличностных навыков, пациентки ДПТ по сравнению с другой группой оценили свою межличностную эффективность и способность решать межличностные проблемы выше, а также показали более высокий уровень социальной приспособляемости как в самоотчетах, так и по оценке интервьюера. По сравнению с традиционной психотерапией ДПТ не была более действенной для повышения оценки пациентками своего успеха в толерантности и принятии себя и действительности. Тем не менее более эффективное снижение парасуицидального поведения, продолжительности стационарного психиатрического лечения, а также гневливости у пациенток ДПТ (несмотря на отсутствие выраженного прогресса в таких сферах, как депрессия, чувство безнадежности, суицидальная идеация и смысл жизни) может свидетельствовать о том, что способность переносить дистресс — по крайней мере, это касается поведенческих и эмоциональных откликов — у пациенток ДПТ все-таки повысилась.

Клиническое превосходство ДПТ сохранялось даже в том случае, когда результаты прошедших ее пациенток сравнивали с результатами только тех представительниц другой группы, которые в течение года регулярно получали индивидуальную психотерапию. Это говорит о том, что эффективность ДПТ не есть просто результат систематической индивидуальной психотерапии. Результаты этих исследований приводятся в других моих книгах (*Linehan et al., 1991; Linehan & Heard, 1993; Linehan, Tutek, & Heard, 1992*).

После завершения терапии мы выбрали 37 пациенток для последующего интервьюирования через 18 месяцев и 35 — для интервьюирования через 24 месяца (*Linehan, Heard, & Armstrong, in press*). Многие пациентки не хотели проходить весь комплекс обследований, однако согласились на сокращенное интервью по основным терапевтическим результатам. Превосходство ДПТ над традиционной психотерапией, достигнутое за год, в целом сохранялось в течение следующего года. На каждом этапе последующих обследований пациентки ДПТ показывали лучшие результаты, чем индивиды, проходившие традиционную психотерапию, в таких аспектах, как общая приспособляемость, социальная приспособляемость и профессиональная успешность. В каждой сфере, в которой эффективность ДПТ оказалась более высокой по сравнению с традиционной психотерапией, преимущество сохранялось по крайней мере в течение шести последующих месяцев. Преимущество ДПТ в течение первых шести месяцев после окончания лечения наиболее очевидно проявлялось в

снижении парасуицидального поведения и гнева, а в течение второго полугодия — в сокращении длительности стационарного психиатрического лечения.

Рассматривая результаты исследования эффективности ДПТ, необходимо помнить три вещи. Во-первых, хотя за год терапии были достигнуты значительные результаты, которые в основном сохранялись в течение последующих двенадцати месяцев, полученные нами данные не могут служить доказательством того, что одного года для излечения этих пациенток достаточно. Характеристики наших пациенток соответствовали клиническим симптомам почти по всем критериям. Во-вторых, наше исследование не может служить достаточным основанием для того, чтобы судить о терапевтической эффективности. Хотя полученные нами результаты подтвердились У. Барли и др. (*Barley et al., in press*), необходима дальнейшая исследовательская работа. В-третьих, существует мало данных (если они вообще существуют) о том, что другие виды терапии *не* эффективны. Кроме тех двух исключений, о которых я упоминала выше, никакие другие терапевтические системы не оценивались посредством контролируемого клинического эксперимента.

Исследование 2

В ходе второго исследования (*Linehan, Heard, & Armstrong, 1993*) мы занимались следующим вопросом: когда пациенты с ПРЛ проходят индивидуальную (не-ДПТ) психотерапию, повысится ли эффективность лечения, если дополнительно проводить групповой тренинг навыков по методике ДПТ? Восемь случайно выбранных пациенток проходили групповой тренинг навыков по методике ДПТ, восемь других, не проходивших такого тренинга, образовали контрольную группу. Все пациентки уже получали индивидуальную продолжительную психотерапию в клиниках и были направлены на групповой тренинг навыков своими терапевтами. Разделение на группы осуществлялось случайным образом. За исключением вида терапии, между участниками исследований 1 и 2 не было особых различий. Если не считать того факта, что нам удалось удерживать большинство пациентов (73%), проходящих тренинг навыков, более года (предотвратив досрочное окончание терапии), результаты показали, что ДПТ мало подходит или вообще не подходит в качестве дополнительного лечения при проведении индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии. По завершении лечения не наблюдалось сколько-нибудь значительных различий между двумя группами по всем параметрам. Методика проведения эксперимента исключает возможность того, что отсутствие различий объясняется недостаточным объемом выборки.

Затем мы провели *post hoc* (последующее, лат. — *Примеч. ред.*) сравнение всех участниц второго исследования, регулярно проходивших индивидуальную психотерапию ($n=18$), и пациенток, проходивших стандартную ДПТ ($n=21$). Это позволило нам сравнить ДПТ с другой индивидуальной психотерапией, в ходе которой терапевт уделял пациенткам столько же внимания, как и при диалектической поведенческой терапии. Участницы первого исследования, проходившие стандартную ДПТ, показали лучшие результаты во всех целевых областях. Пациентки, регулярно получавшие индивидуальную психотерапию по традиционной методике, независимо от прохождения группового тренинга навыков, показали те же результаты (не хуже и не лучше), что и двадцать две участницы первого исследования, проходившие традиционное психиатрическое лечение. Какие выводы можно сделать

на основании полученных данных? Во-первых, второе исследование подтверждает результаты первого. Стандартная ДПТ (т.е. терапия плюс тренинг навыков) эффективнее традиционной психотерапии. Однако мы не можем утверждать, что групповой тренинг навыков как таковой неэффективен или не столь важен при его проведении в формате стандартной ДПТ. Неясно также, насколько эффективен тренинг навыков по методике ДПТ, если он проводится отдельно, без сопутствующей индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии. В стандартной ДПТ тренинг навыков интегрирован в индивидуальную психотерапию, при этом последняя в значительной степени обеспечивает формирование навыков, обратную связь и подкрепление. Подобная интеграция обоих типов терапии, включая индивидуальную помощь в применении новых поведенческих навыков, может быть решающим фактором успеха стандартной ДПТ. Более того, совмещение индивидуальной (не-ДПТ) психотерапии с тренингом навыков по методике ДПТ может быть источником личного конфликта для пациента, который отрицательно повлияет на результаты лечения. Мы занимаемся изучением этих вопросов.

Заключение

Хотя проблеме пограничного расстройства личности посвящены многие исследования, до сих пор нет единого мнения о том, следует ли считать эту диагностическую категорию полезной и обоснованной. Предубеждение по отношению к индивидам, симптомы которых квалифицируются как “пограничные”, вызвало многочисленные протесты против использования этого диагностического термина. Термин “пограничный” приобрел настолько негативное значение (как выражение неприятия жертв данного расстройства), что некоторые авторы выступают за его отмену. Другие, указывая на взаимосвязь между этим диагнозом и сексуальными домогательствами, перенесенными жертвами в детском возрасте (подробнее об этом — в главе 2), предлагают названия, отражающие эти ассоциации, — например, “посттравматический синдром”. Идея здесь в том, что если термин квалифицирует проблемное поведение как результат насилия над индивидом (а не вину индивида), негативное значение, выражающее предубеждение по отношению к пациентам данной категории, будет устранено.

Хотя я не принадлежу к поклонникам термина “пограничный”, я не думаю, что простая смена названий устранит предубеждение по отношению к трудно поддающимся лечению жертвам этого расстройства. Я считаю, что выходом из этой ситуации может быть разработка теории, основанной на здравых научных принципах, подчеркивающей, что в основе патологического “пограничного” поведения лежит “нормальная” реакция индивида на дисфункциональные биологические, психологические и средовые факторы. Возможность порицать и унижать жертв данного расстройства обусловлена тем, что мы квалифицируем этих индивидов как принципиально отличающихся от нас самих. Может быть, иногда мы порицаем и унижаем их только для того, чтобы они казались принципиально отличными от нас. Однако как только мы поймем, что закономерности, обуславливающие нормальное поведение (в том числе наше собственное), это те же самые закономерности, которые обуславливают пограничное поведение, нам будет легче сопереживать и с

участием относиться к страданиям жертв и не винить их в тех трудностях, которые сопряжены с терапией данного расстройства. Теоретическая позиция, описанная в следующих двух главах, — попытка достичь этой цели.

Примечания

1. Для обозначения индивидов, проходящих психотерапию, обычно используют термины “пациент” либо “клиент”. В этой книге я постоянно использую термин “пациент”, в “Руководстве по тренингу навыков...” я употребляю слово “клиент”. На это есть определенные причины. Слово “пациент” произошло от латинского *patiens*, что значит “терпеливый”, “способный переносить”. Хотя данный элемент семантики слова “пациент” утратил свою актуальность, он весьма точно характеризует индивидов с ПРЛ, проходящих у меня психотерапию. Более распространенное значение этого слова — “больной, лечащийся у врача” — менее применимо в данном случае, поскольку ДПТ не базируется исключительно на модели болезни.
2. Вызывает интерес тот факт, что представители как психоаналитической, так и когнитивно-поведенческой школ стали проявлять внимание к пограничному расстройству личности по одним и тем же причинам. Действенные при лечении других расстройств терапевтические методы оказываются менее эффективными, если у пациентов наблюдаются симптомы ПРЛ.
3. Р. Дикстра разрабатывал новый комплекс определений нелетального суицидального поведения для нового, 10-го издания “Международной классификации болезней” (*International Classification of Diseases — ICD*) (*Diekstra, 1988*, цит. по: *Van Egmond & Diekstra, 1989*). В этой новой системе суицидальная попытка — не то же самое, что парасуицид. Определения приводятся ниже.

Суицидальная попытка:

- а) действие без летального исхода, которое не является привычным;
- б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует;
- в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо заключается в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку.

Парасуицид:

- а) действие без летального исхода, которое не является привычным;
- б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует и ожидает такого исхода;
- в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо состоит в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку;
- г) исход которого исполнитель считает средством достижения желаемых изменений в сознании окружающих и/или социальных условиях.