



ГЛАВА 2

Диагноз ПРЛ

Пограничное расстройство личности — лишь одно из 10 расстройств личности, описанных в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам, 5-е издание (DSM-5) [3]. По техническим характеристикам расстройства личности представляют собой *неадаптивные и устойчивые паттерны внутреннего опыта, поведения и когний, явно отличающиеся от принятых индивидуальных норм*. Эти паттерны появляются на ранних стадиях развития, носят *устойчивый и негибкий характер* и приводят к сильному клиническому дистрессу или ухудшению жизни. В DSM-II расстройства личности описаны как “эгосинтонные”.

Термин “эгосинтонный” не используется в последнем издании DSM и не употребляется уже много лет. Когда в 1968 г. вышло DSM-II, фрейдистская психоаналитическая/психодинамическая парадигма все еще доминировала на психологическом ландшафте. Сейчас доказано, что по большей части эта теория ошибочна (лишь малое количество ее основных идей получило эмпирическое подтверждение), поэтому язык последнего DSM является **нетеоретическим**, это означает, что критерии состояний просто описываются, без использования языка какой-то одной психологической *теории*. Хотя термин “эгосинтонный” устарел и происходит от фрейдистского понятия “наблюдающего эго”, он хорошо характеризует это расстройство. Фрейд говорил, что этой группе людей не хватает способности “выходить за пределы своего «я» и объективно наблюдать за собственным поведением” [14]. Можно сказать, что у них “слабый инсайт”. Возможно, вы слышали термин “слепые зоны” в самонаблюдении; это те стороны нашей личности, которые нам трудно замечать в себе, но которые замечают другие. Хотя эти “слепые зоны” есть у каждого человека, у людей с расстройствами личности их, как правило, намного больше. Поэтому человек с ПРЛ часто не считает свое поведение проблемой, но это очевидно для других значимых в его жизни людей. Таким образом, развитие основного инсайта, которого им не хватает, — важный первый шаг к восстановлению от пограничного расстройства (как и любого другого расстройства личности).

Гибкость — вот главный компонент того, что мы называем **адаптивной** личностью. Джон Олдхэм использовал выражение “великолепное разнообразие непатологического поведения”. Люди, наделенные гибкостью, способны “быть разными в разных ситуациях”, или носить разные “шляпы” в зависимости от требований обстоятельств. Например, они могут твердо говорить “нет”, когда кто-то обращается к ним с неправомерной просьбой, но будут подчиняться, когда кто-то, наделенный властью, приказывает им что-то сделать. Они умеют быть веселыми и спонтанными на светских мероприятиях, но серьезными и сосредоточенными на деловых встречах или похоронах. У них могут быть высокие требования, которые чем-то обоснованы. Они будут организованными и аккуратными, если того требует ситуация, и при этом позволять детям устраивать беспорядок в доме, когда они распаковывают подарки в рождественское утро. Люди с расстройствами личности, как правило, очень ригидны. Определенные черты характера подталкивают их к тому, чтобы “быть именно такими”, поэтому им трудно вести себя по-разному. Так как один и тот же способ поведения не работает в разных ситуациях, они плохо **адаптируются**, или же плохо справляются при определенных обстоятельствах. Вести себя в парке развлечений так же, как на похоронах, и наоборот — плохая идея в том и другом случае. Таким образом, главная задача для человека с расстройством личности — развить некоторую гибкость.

Термин *устойчивый* в определении расстройств личности означает, что эти черты не меняются со временем. Если у вас расстройство личности (и вы в какой-то степени развили инсайт), то, оглядываясь назад, сможете заметить, что такое поведение появилось в раннем подростковом возрасте (или еще раньше). Ни у одного человека расстройство личности не появляется в возрасте 30 лет. Мы обсудим вопросы дифференциальной диагностики в конце этой главы, но сейчас нужно отметить, что часто люди экспериментируют с алкоголем и наркотиками, чтобы заглушить горе после развода или другие жизненные стрессоры, в результате у них могут развиваться определенные черты, напоминающие расстройство личности. Но если эти паттерны не сохраняются в течение длительного времени, то для такого диагноза нет оснований.

Наконец, определение расстройства личности включает в себя понятие **“паттернов внутреннего опыта, поведения и когний, которые вызывают значительный эмоциональный дистресс”**. *Наше восприятие* — вот то, что определяет, какую информацию мы получаем. То, как мы “понимаем”

или воспринимаем происходящее, фильтруется нашими убеждениями/когнициями. Если они искажены, мы оцениваем вещи в черно-белом свете или предвзято, что приводит к сильным эмоциям и частым размолвкам с людьми, которые оценивают ситуацию по-другому. Интенсивные чувства и нестабильные отношения часто сопровождают расстройства личности. Из-за отличающихся характеристик расстройств личности люди с разными диагнозами воспринимают себя и других по-разному.

-  Люди с **нарциссическим расстройством** переоценивают собственную значимость, способности и игнорируют, принижают или уменьшают ценность других.
-  Людям с **зависимым расстройством** трудно даже высказать свое несогласие с другими, и они считают себя ни на что не способными.
-  Люди с **истерическим расстройством** переоценивают в себе и других физическую привлекательность и недооценивают другие качества.
-  Люди с **обсессивно-компульсивным** расстройством имеют проблемы с перфекционизмом и придают слишком большое значение порядку, своевременности и выполнению дел “правильным образом”. Они живут в состоянии постоянного раздражения и разочарования из-за нереалистичности ожиданий от других и самих себя.
-  Люди с **антисоциальным расстройством** нарушают общественные нормы, законы и границы других людей. У них мало или совсем нет сочувствия к другим и раскаяния за свои действия, поэтому они могут быть жестокими.
-  Люди с **параноидальным расстройством** верят, что другие хотят контролировать их или каким-то образом навредить им, когда на самом деле им ничто не угрожает.

Таким образом, ошибки восприятия разные для каждого конкретного расстройства, но роль восприятия состоит в искажении понимания себя, других и общества, и оно оказывает глубокое влияние на чувства (внутренний опыт) и поведение таких людей. Это лишь беглый взгляд на основные проблемы людей, страдающих расстройствами личности. Пограничное расстройство личности — лишь одно из 10 расстройств, характеризующееся крайне специфическим типом неадаптивного (нездорового) мышления и поведения.

Прежде чем мы перейдем к критериям ПРЛ, несколько слов нужно сказать о разнице между понятиями “черта”, или “особенность”, и “симптом”. Симптом определяется как “отмечаемое пациентом отклонение от нормального функционирования, которое отражает наличие непривычного состояния или заболевания”. Черта, или особенность, связана с характеристикой или атрибутом, который делает кого-то или что-то уникальным. Вкратце: симптом — это всегда плохо, а черта, или особенность, — нет. Вы точно не хотите, чтобы у вас шла кровь из носа, поднималось кровяное давление или был приступ паники (симптом). Тем не менее подозрительность (черта) может быть хорошей (адаптивной) характеристикой. Если вы работаете в ЦРУ или Службе национальной безопасности, определенная степень подозрительности может сослужить вам неплохую службу. Но если вы не работаете в Министерстве национальной безопасности, но убеждены, что работаете, то вы находитесь в плену иллюзии! Если вы говорите людям, что работаете там, но знаете, что на самом деле это не так, то вы психопат. Если вы не работаете в этой структуре, но считаете, что все за вами следят, значит, ваша подозрительность вышла из-под контроля, и это паранойя, которая является дисфункцией. Поэтому, когда вы слышите термины “симптомы” и “черты”, знайте, что черты могут быть более или менее полезными, в зависимости от контекста, в котором находится человек, и, если их эффективно использовать, они могут стать сильными сторонами человека. Также знайте, что вы никогда не захотите иметь дело с симптомом, если можете этого избежать.

Недостатки категориальных моделей. Расстройства личности в настоящее время классифицируются с использованием так называемой *категориальной модели*. Это означает, что если вы соответствуете определенному количеству критериев, то у вас есть расстройство. Если нет, то нет. Для полутонов остается не так много места. Реальность такова, что у большинства людей нет явной формы расстройства личности, или вообще никакой. Большинство людей имеют большее или меньшее количество таких черт. Также наша оценка того, что данный человек “соответствует этим критериям”, всегда несколько субъективна. Согласно DSM-5 для постановки диагноза расстройства необходимо, чтобы человек отвечал 5 из 9 критериев. В реальном мире мало кто в полной мере отвечает всем 9 критериям. И чтобы еще больше обозначить проблему: один человек может в очень легкой форме соответствовать 9 из 9 критериев и поэтому формально подходить под определение расстройства, но вместе с тем быть

высокофункциональным. А другой человек может соответствовать только 4 из 9 критериев, но эти 4 проявляются настолько сильно, что он очень дисфункционален, но формально ему нельзя поставить такой диагноз. Как и с любым другим диагнозом, вы можете иметь “легкую форму” или “тяжелую форму” ПРЛ. Есть разные подвиды. Есть разные степени тяжести. У разных людей бывают разные проявления. На практике это означает, что *ПРЛ у всех людей проявляется по-разному.*

В течение последних лет появилось движение, выступающее за определение расстройств личности не так, как мы это делаем сейчас, а с помощью многомерных моделей, которые тоже имеют свои плюсы и минусы. Многие считали, что многомерные модели сыграют гораздо более важную роль в DSM-5 при определении расстройств личности. Однако рабочей группе не удалось эффективным образом применить эти концепции при работе с людьми в клинических условиях. Некоторые *методологии специфических черт*, были добавлены в раздел 3 DSM-5 в качестве направления дальнейшего исследования, поэтому к ним можно отослать людей, которые интересуются тем, что представляют собой предложенные изменения. Пятифакторная модель является одной из самых популярных многомерных моделей и должна привлечь внимание тех, кто заинтересован в дальнейших исследованиях. Просто имейте в виду, что будущие версии DSM будут описывать эти состояния по-другому. Однако это не означает, что нынешние модели ошибочны. Не думайте: “О, все уже не так — все, что я читал раньше, больше не актуально; может быть, у меня нет этого диагноза”. Это просто попытки академических кругов сделать процесс определения более научным.

УПРОЩЕННАЯ ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ ПРЛ

Большинство людей, которым только назвали их диагноз, независимо от того, был ли он подтвержден или нет, зашли в Интернет и прочитали его критерии. Однако очень часто профессиональный язык не до конца понятен им самим, близким людям или членам семьи, которым нужно узнать, действительно ли они имеют дело с этим диагнозом. Вот эти критерии с подробным объяснением того, что они значат, и описанием их проявлений в “реальной жизни”. Внимательно прочитайте их. Многие находят полезным для себя оценить каждый из них по шкале от 0 до 10, где 0 означает: “Я не вижу в себе ничего от этого критерия”, а 10 означает:

“Этот критерий полностью описывает меня”. Это будет несколько субъективно, но после выполнения данного упражнения вы получите неплохое представление о том, скольким критериям вы соответствуете и насколько сильно. Конечно, такое оценивание лучше проводить вместе со своим психиатром или психотерапевтом. Из-за “слепых зон”, о которых мы говорили ранее, будет полезно, если хорошо знающий вас человек также оценит вас по шкале от 0 до 10 в каждой области.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОПИСАНИЕ ПЛР — DSM-5

В последней версии DSM-5 добавлено следующее описание пограничного расстройства личности: задействование паттерна самоустранения непосредственно перед достижением цели (например, бросить учебу прямо перед получением диплома, завести роман на стороне прямо перед свадьбой или обручением).

СКЛОННОСТЬ ПРИЛАГАТЬ ЧРЕЗМЕРНЫЕ УСИЛИЯ С ЦЕЛЬЮ ИЗБЕЖАТЬ РЕАЛЬНОЙ ИЛИ ВООБРАЖАЕМОЙ УЧАСТИ БЫТЬ ПОКИНУТЫМ

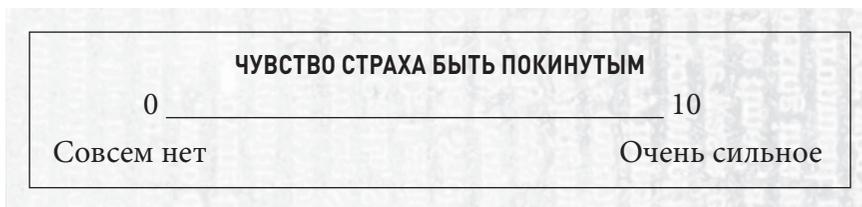
Как упоминалось ранее, у людей с ПРЛ могут быть разные комбинации диагностических критериев. Но критерий страха быть покинутым присутствует практически у всех. У большинства из них в голове постоянно крутятся та или иная версия мыслей о том, что близкие люди их бросят или не будут находиться рядом в тот момент, когда они будут больше всего в них нуждаться. У разных людей это проявляется по-разному. Чтобы убедиться в том, что их не оставят, многие постоянно звонят или отправляют любимым сообщения, требуя постоянного подтверждения того, что им продолжают оказывать эмоциональную поддержку и не собираются их бросать. Хотя человек с ПРЛ обычно делает это из-за страха одиночества, значимые другие часто воспринимают такие действия как чрезмерно навязчивые, “удушающие” или выкачивающие из них энергию. Поэтому люди, переживающие страх быть покинутыми, часто “сходят с ума” из-за самых незначительных или бессмысленных с точки зрения членов их семей или друзей инцидентов. То, что они не получают “достаточно быстрых” ответов на свои сообщения или неправильно истолковывают “игнорирование”, часто становится триггерами для их эпизодов. **Эти люди очень тяжело и эмоционально болезненно переживают одиночество, и минимальные разлуки могут стать для них настоящей травмой.**

Некоторые клиенты с ПРЛ настолько болезненно переживали в прошлом отказы, что решили “выстроить вокруг себя стены” и никого близко к себе не подпускать. Это не означает, что они изолировали себя от общества или редко выходят из дома, как это делают люди с клинической депрессией или тревожными расстройствами. Многие люди с пограничным расстройством на поверхностном уровне обладают хорошими социальными навыками. Просто они не подпускают других к себе на слишком близкое расстояние, потому что их чувства могут стать очень интенсивными, а отношения нестабильными. Человек с ПРЛ может быть довольно общителен и хорошо социализирован, и в то же время близко не контактировать с другими людьми. Он может вести беспорядочную половую жизнь и не привязываться ни к кому эмоционально. Поступая так, эти люди защищают себя от опасности вновь испытать настойчивый отказ. Однако тем самым они лишают себя преимуществ настоящей близости и значимых отношений.

Некоторые люди с ПРЛ используют *гиперкомпенсацию*. Они видят во всем “преднамерения”, есть они на самом деле или нет, но таково их восприятие реальности. Они часто думают: “Я брошу его прежде, чем он решит бросить меня” и совершают разного рода саботажные действия. Они могут брать на себя инициативу (“Мне кажется, нам лучше расстаться сейчас”), хотя позже сожалеют об этом, потому что продолжают оставаться в одиночестве. Люди, которые подобным образом переживают страх быть покинутым, как правило, описывают, что “их обидели” или “их чувства ранили”, в межличностных ситуациях или комментариях. Любое несогласие часто воспринимается ими как неприятие и ощущается как глубоко личностное из-за их “фильтра” — страха быть покинутым, окрашивающего их интерпретацию комментариев.

Еще одна характеристика страха быть покинутым при ПРЛ заключается в том, что потери переживаются ими долго и очень болезненно. Все мы эмоционально сильно переживаем смерть или окончание значимых отношений, но для людей с пограничным расстройством личности, страдающих от страха быть покинутым, процесс скорби может быть настолько тяжелым и затяжным, что они склонны в нем “застрять”.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они сильно представлены?



ПАТТЕРН НАПРЯЖЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ЧЕРЕДОВАНИЕМ КРАЙНОСТЕЙ ИДЕАЛИЗАЦИИ И ДЕВАЛЬВАЦИИ

Для описания его когнитивная терапия использует термин, который, возможно, вы знаете, — *черно-белое мышление* либо *мышление по принципу “всё или ничего”*. Также часто используется модный термин *дихотомическое мышление*. Он очень похож на психодинамическое понятие “расщепление”. Как бы вы это ни называли, человеку с ПРЛ свойственен паттерн мышления, который включает в себя крайне поляризованные интерпретации. Когда мы идеализируем кого-то или что-то, для нас в нем “все прекрасно”. Когда мы обесцениваем кого-то или что-то, для нас в нем “все ужасно”. Такой экстремальный стиль мышления приводит к хаотичным, напряженным отношениям. Люди с пограничным расстройством личности (и их партнеры) часто говорят: “Когда отношения хорошие, все просто замечательно, а когда плохие, все просто ужасно”. Одна из моих пациенток однажды сказала в группе: “Я возвожу моего парня на пьедестал, но как только он меня разозлит, я выдергиваю пьедестал из-под него и бью его им”.

Это типичная характеристика межличностных отношений людей с ПРЛ. Отношения развиваются стремительно и почти сразу становятся напряженными. “Я втягиваюсь во все слишком быстро”, — сказал мой другой пациент. Опять же, это может варьироваться в зависимости от подтипа, но большинству людей с ПРЛ трудно развивать отношения в правильном темпе. Когда они встречаются нового интересного для себя человека, то проводят (или пытаются проводить) с ним как можно больше времени, постоянно звонят ему, отправляют текстовые сообщения, переписываются в соцсетях и т.д. Как правило, они сразу вступают в сексуальные отношения и могут переехать к новому знакомому уже через несколько недель после первой встречи. Такая неспособность развивать отношения постепенно

ведет к “мгновенной близости” и быстро затуманивает суждения. Такие заявления, как “Я наконец-то нашел родственную душу” и “Я чувствую, будто мы знаем друг друга всю жизнь”, типичны для них и появляются уже после первой встречи. Неспособность видеть негативные черты в другом человеке довольно часто заканчивается для таких людей нездоровыми отношениями. После первого свидания, которое переходит в физический или сексуальный контакт, человек с ПРЛ уходит, думая, что влюблен, и что это начало глубоких, значимых отношений. А затем, когда другой не отвечает ему взаимностью, он воспринимает этого человека как использовавшего его, увековечивая свое убеждение в том, что люди не заслуживают доверия и всегда будут бросать. Одна моя пациентка с ПРЛ описала это так.

Оказалось, что у меня проблемы с доверием. Мне кажется, я слишком быстро доверяю незнакомцам, раскрываю интимные подробности своей жизни, как будто бы для того, чтобы меня ранили. Делая это, я, наверное, сама того не желая, наношу себе вред, потому что чувствую себя бесполезной/непривлекательной/никчемной. Может быть, я делаю это специально, чтобы причинить себе эмоциональные страдания, вероятно, я проверяю свое убеждение в том, что все люди ненадежны, или, возможно, просто хочу рассказать то, что так долго держала в себе, и мне нужно, чтобы меня кто-то услышал. С другой стороны, я никому не доверяю, быть может, потому, что когда-то меня предали и слишком сильно обидели.

Отношения и чувства к другим людям резко колеблются от плюса к минусу. Значимые другие за одну ночь могут перестать быть “самыми лучшими” и стать “самыми худшими”, и в обратном порядке на следующий день. “Я люблю его, он моя половинка” за один день превращается в “Я ненавижу его, он полный мерзавец”.

Этот паттерн часто повторяется, пока человек, не страдающий ПРЛ, больше не выдерживает и не уходит, подкрепляя убеждение его партнера в том, что его всегда бросают.

В связи с этим люди с пограничным расстройством личности нередко вступают в браки три и более раз, а между ними имеют несколько отношений (сексуальных контактов). Иногда люди с ПРЛ состоят в браке с одним и тем же человеком на протяжении 20 лет, но их брачные отношения носят такой же “черно-белый” характер. Они очень бурные, хаотичные, с конфликтами и примирениями, взлетами и падениями. Всегда кто-то угрожает

уйти, но никогда не уходит. Или уходит на три дня, но всегда возвращается. Обсуждения разногласий, которые у большинства пар занимают 30 мин., у них превращаются в длящиеся до полуночи, изнуряющие и изматывающие обе стороны выяснения отношений. Иногда эта динамика наблюдается в контексте одних отношений, но чаще любых отношений.

Как правило, считается, что такая “нестабильность” касается только романтических отношений. Однако такой паттерн может проявляться в любых личных, семейных, дружеских и даже профессиональных отношениях. Нередко у людей с ПРЛ бывает 3, 10 или даже более 20 терапевтов!

Из-за того что люди с пограничным расстройством личности бросаются из одной крайности в другую (все черное или белое) — им трудно справиться с полутонами и находить золотую середину. Поэтому им не только тяжело иметь взвешенные, сбалансированные мнения о других, но из-за дефицита навыка решения проблем трудно улаживать отношения. Им всегда трудно принимать решения, если для них это означает выбор одной из двух крайностей. Золотая середина, которая в таких случаях наиболее эффективна, даже не рассматривается как вариант, поэтому ее никогда не выбирают. Чтобы помочь человеку с ПРЛ найти золотую середину, часто требуются помощь значимых других или специалистов.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они сильно представлены?

ЧЕРНО-БЕЛОЕ МЫШЛЕНИЕ/НАПРЯЖЕННЫЕ ОТНОШЕНИЯ	
0	10
Совсем нет	Очень сильное

РАССТРОЙСТВО ИДЕНТИЧНОСТИ

Недавно ко мне в кабинет пришла пациентка для начального оценивания. Я задал ей вопрос, который многие мои пациенты считают самым

простым: “Что вам нравится? Есть ли у вас хобби?” Она ответила: “Я понятия не имею, кто я, что мне нравится и есть ли у меня место в этом мире”.

Такого рода утверждения характерны для людей с пограничным расстройством личности, переживающих расстройство идентичности. Некоторые люди, узнавшие об этом критерии в Интернете или в книге по самопомощи, считают, что он означает низкую “самооценку”. У многих людей есть низкая самооценка, но они не страдают ПРЛ. Расстройство идентичности у человека с ПРЛ связано с гораздо более глубоким непониманием того, кто он такой. Это может проявляться в неопределенности в отношении сексуальной ориентации. Среди личностей, одобряющих влечение к представителям своего пола, гораздо больше людей с ПРЛ, чем без ПРЛ. Для некоторых это может проявляться в неопределенности относительно профессиональной ориентации.

Нередки случаи, когда люди с ПРЛ несколько раз меняют профессию, не зная, “кем хотят стать, когда вырастут”, даже если им 45 лет. Начав работать, многие переходят с одной должности на другую и имеют проблемы со стабильной занятостью. Как правило, это не имеет ничего общего с компетенцией. Многие из них имеют IQ выше среднего. На работе у них часто возникают конфликты в отношениях, и увольняются они именно по этой причине. Многие люди с ПРЛ какое-то время работают, но потом им это надоедает и они увольняются. Им просто трудно найти то, что поддерживало бы их интерес в течение длительного периода времени. Какое-то время они чем-то увлекаются, а потом им становится скучно. У некоторых людей критерий расстройства идентичности проявляется в частых изменениях внешности. Множественные татуировки, пирсинг и/или постоянная смена цвета волос может быть способом проявления этой черты у некоторых людей.

Из-за отсутствия глубинной идентичности люди с ПРЛ часто чрезмерно восприимчивы к влиянию окружающей среды. Если кто-то вас критикует, вы чувствуете себя ужасно; если кто-то вас хвалит, вы чувствуете себя прекрасно. Если друг предложит вам что-то сделать этим вечером, скорее всего, вы согласитесь. Когда я задал вопрос: “Что вам нравится?” другой моей клиентке, она ответила так.

У меня никогда не было хобби. Я никогда не знала, что мне нравится, поэтому я всегда была как хамелеон: делала то, что кто-нибудь хотел, чтобы я делала. Раньше я каталась на горном велосипеде, потому что так делал мой парень, но как только

я рассталась с ним, я больше никогда не садилась на велосипед. Я также посещала клуб по вязанию, потому что туда ходили две мои подруги с работы. Но с тех пор, как я уволилась, я перестала вязать — и ничуть не жалею об этом.

Некоторые пациенты с ПРЛ не могут определиться даже с главными ценностями, своими экзистенциальными или религиозными убеждениями. В этих вопросах они также колеблются и меняют убеждения от случая к случаю.

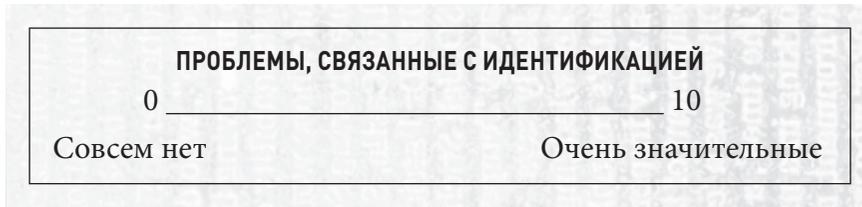
Важно признать, что это признак ПРЛ, а *не* того, что у них нет ценностей. Обычно это лишь означает, что они менее сильно, чем остальные, придерживаются именно этих ценностей.

Другая пациентка описала расстройство идентичности следующим образом.

Для меня ПРЛ означает нестабильность в предпочтениях. Я замечаю эту нестабильность, когда приспосабливаюсь к вашим интересам и интересам других людей, участвующих в моей жизни. Я могу поменять того, кого люблю, и то, что я люблю и чего хочу, потому что я ни в чем не уверена, потому что чувствую себя непривлекательной (бесполезно, плохой, не заслуживающей собственных чувств и увлечений) и потому что отчаянно хочу участвовать в чем угодно в своей жизни. Я делаю это, чтобы быть хоть кем-то, тем, кто, по моему мнению, достоин друзей, семьи и жизни. Я не манипулирую вами, скорее, в такие минуты я подражаю вам, потому что хочу быть такой, как вы, вы важны для меня.

Таким образом, несмотря на то, что у людей с пограничным расстройством личности часто возникают проблемы с самоидентификацией, у разных людей они проявляются совершенно по-разному. Как правило, они демонстрируют поведение, которое можно считать подходящим для подростков, но не для 45-летних взрослых. Просто это еще одно проявление того, насколько люди с ПРЛ не похожи друг на друга.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они ярко выражены?



ИМПУЛЬСИВНОСТЬ, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ В ДВУХ ОБЛАСТЯХ, ПРЕДПОЛАГАЮЩИХ ПРИЧИНЕНИЕ СЕБЕ ВРЕДА

Эта черта присуща практически всем людям с диагнозом ПРЛ. Опять же, сам тип поведения может быть разным, но пограничное расстройство характеризуется импульсивным принятием решений или поведением. Импульсивные употребление психоактивных веществ, переедание, шопинг, сексуальная неразборчивость, безрассудное вождение и безудержные траты являются обычными проявлениями пограничного расстройства у большинства людей. Многие описывают потребность в “быстром хорошем самочувствии”. Когда вы не доверяете другим и не можете достичь успокоения внутренними средствами, понятно, что вы будете искать утешения во внешних источниках. Чтобы изменить свои эмоциональные состояния, люди с ПРЛ обычно прибегают к разным внешним стимулам. Импульсивность также может проявляться в контексте отношений (импульсивные решения уйти, сорваться, расстаться, съехаться и т.д.).

В результате люди с пограничным расстройством личности часто страдают от сопутствующих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и расстройств пищевого поведения. Болезни, передающиеся половым путем, нежелательные беременности и многократные аборт часто являются причиной стыда, сопровождающего ПРЛ. Финансовые и юридические проблемы также могут стать побочными нежелательными следствиями импульсивного поведения.

Поскольку цель такого поведения — дать выход сильным эмоциям, как правило, за этим следует неприятие или другие болезненные межличностные реакции. Иногда в таком поведении участвуют от скуки. Поэтому по мере того, как человек с ПРЛ научается более искусно управлять

межличностными взаимодействиями и строить жизнь, которой может наслаждаться, триггеры этого импульсивного поведения будут постепенно исчезать.

Наконец, стоит отметить, что это один из двух критериев, из-за которого ПРЛ путают с биполярным расстройством. Прежде чем оценивать себя в этой категории, посмотрите раздел дифференциальной диагностики в конце главы, чтобы лучше понимать различия.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они сильно выражены?

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ИМПУЛЬСИВНОСТЬЮ	
0	10
Совсем нет	Очень значительные

РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, НАМЕКИ ИЛИ УГРОЗЫ САМОУБИЙСТВА, АКТЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ

Эта категория включает в себя много всего. Иногда полезно разделить ее на три категории: *парасуицид*, *рецидивирующий суицид* и *острый суицид*. Парасуицид — это умышленное причинение себе вреда без намерения умереть. Другой термин, который вы встретите для его обозначения, — *самоповреждающее поведение*. Порезы — наиболее распространенный вид самоповреждающего поведения, но есть и много других способов, которыми люди с ПРЛ могут причинить себе вред, включая ожоги, удары головой, царапание кожи и т.д.

Друзьям и членам семьи важно понимать, что большинство случаев самоповреждающего поведения у человека с ПРЛ не являются попыткой самоубийства. Их цель состоит не в том, чтобы умереть. Большинство людей с ПРЛ, участвующих в парасуицидальном поведении, делают это, пытаясь справиться с сильными эмоциями, а не покончить жизнь самоубийством.

Они не хотят, чтобы их жизнь заканчивалась; они просто хотят прекратить эмоциональную боль. Поэтому эти события, как правило, лучше не называть “попытками самоубийства”. Важно также отметить, что, хотя мотивация такого поведения состоит не в том, чтобы умереть, во многих случаях акты самоповреждения могут привести к смерти в результате несчастного случая. Так что даже если друг, член семьи или медицинский работник понимает, что мотив человека не связан с желанием умереть, важно осознавать, что такое поведение все же сопряжено со значительным риском. Помимо случайной смерти, парасуицидальное поведение может привести к заражениям инфекциями и другим медицинским осложнениям.

Итак, если мотив самоповреждения состоит не в том, чтобы умереть, то в чем же? Ну, он далеко не один. Объясняя, почему они причиняют себе вред, люди с ПРЛ обычно называют восемь мотивов парасуицидального поведения.

Рассмотрите следующие мотивы и отметьте галочками те, которые относятся к вам.

- Чтобы другим стало известно о моих страданиях.** Люди с ПРЛ испытывают сильную эмоциональную боль, которая непонятна большинству окружающих. Многие из них привыкли слышать такие слова, как “Ты выглядишь просто замечательно, ты такая умная, ты такая красивая, поэтому у тебя все должно быть хорошо”. Для некоторых людей с пограничным расстройством акты самоповреждения — это способ *экстернализировать свою внутреннюю боль*. “Когда люди видят кровь, стекающую по моей руке, они понимают, насколько мне больно и как сильно я страдаю”, — объяснила одна из моих пациенток. Это типичное желание у людей с ПРЛ.
- Чтобы закончить спор.** Некоторые люди говорят себе: “Если я причиню себе боль, он оставит меня в покое (прекратит меня критиковать)”. Наверное, это менее типично, но акт самоповреждения может выполнять просто функцию последнего аргумента в спорах или разногласиях, когда они достигают точки высшего накала и человек больше не может справиться с раздражителями.
- Чтобы вызвать реакцию сочувствия.** Это один из мотивов “привлечения к себе внимания”. Как мы уже говорили, люди с ПРЛ в детстве часто ощущали отсутствие валидации. Многие с годами усвоили, что один из способов добиться одобрения или сочувствующей

реакции окружающих — причинить себе вред. Природный инстинкт большинства неравнодушных людей, когда они видят, что кто-то страдает или истекает кровью, — прийти на помощь и проявить заботу. Хотя на первый взгляд такие реакции кажутся “правильными” и приносящими пользу человеку, который в них нуждается, важно отметить, что на самом деле они контрпродуктивны для восстановления. Реакции сочувствия и проявления заботы на нездоровые попытки копинга служат их подкреплением. Человек с ПРЛ, заинтересованный в восстановлении, должен работать со своим терапевтом и группой поддержки над тем, чтобы альтернативными способами получать желаемые реакции.

- **Чтобы заглушить эмоциональную боль.** “Лучше я буду чувствовать что-то, чем не чувствовать ничего” и “Лучше я буду чувствовать физическую боль, чем эмоциональную” — типичные утверждения людей с ПРЛ. Самоповреждающее поведение может выполнять и эту функцию для некоторых клиентов.
- **Чтобы облегчить решение проблемы.** Этот мотив, наверное, наименее типичен. Но некоторые люди с ПРЛ говорят о прояснении мыслей после членовредительства. “Как будто моя голова проясняется, и я лучше понимаю, что делать”, — описал это один из моих пациентов. Одна пациентка с ПРЛ охарактеризовала это так: “Это словно протянуть руку и нажать кнопку «Сброс» в видеоигре — так я могу начать все сначала”.
- **Чтобы отомстить.** Некоторые люди с ПРЛ прибегают к актам самоповреждения, чтобы отомстить кому-то. Многие из них вынашивают планы наказания или содержат убеждения, которые побуждают их часто вести себя так, чтобы мстить кому-то. Причинение себе вреда может быть одним из таких способов, поскольку это расстраивает близких.
- **Чтобы снизить тревожность.** Это наиболее распространенная причина парасуицидального поведения. Исследования в этой области все еще ведутся, но биология людей, которые наносят себе порезы и чувствуют себя при этом хорошо, отличается от биологии большинства людей, которые чувствуют себя при этом плохо. Ответ на этот вопрос, вероятно, кроется в эндорфинах, но вердикт, похоже, еще не вынесен. Эндогенные опиоидные рецепторы, которые,

по идее, могут участвовать в этом процессе, — один из предметов текущих исследований. Многие люди с пограничным расстройством личности испытывают “подъем”, чувство “облегчения” при порезах или самоповреждениях, что позволяет им на время заглушить боль. Стоит также отметить, что некоторые по той же причине часто делают пирсинг и/или татуировки. Люди с ПРЛ описывают при этом те же ощущения, и это является мотивом для продолжения такого поведения, поскольку пирсинг/татуировки выполняют ту же функцию, что и самоповреждение, но более социально приемлемы.

- **Чтобы наказать себя.** Некоторые люди считают, что они плохие и заслуживают наказания. У этих людей членовредительство следует за каким-то действием, которое служит “подтверждением” того, что они плохие/никчемные и поэтому заслуживают наказания. После причинения себе вреда, такие люди чувствуют, что “покупились” с собой или “выполнили долг”. Люди, которые причиняют себе вред по этой причине, редко ищут внимания, и к ним не следует относиться таким образом. Обычно они глубоко и сильно ненавидят себя.

Надеюсь, вы смогли выявить некоторые свои мотивы, если причинение себе вреда является вашей проблемой. Помните: все это относится к категории *парасуицида*.

Рецидивирующая суицидальность связана с “долгоиграющими” мыслями о самоубийстве, которые живут на заднем плане сознания человека, и у него нет непосредственного намерения действовать на их основании. У людей, которые борются с депрессией и переживают приступы больших депрессивных эпизодов, часто во время них возникают суицидальные мысли. Большие депрессивные эпизоды могут начаться в любом возрасте (но, как правило, не появляются ранее подросткового или взрослого возраста) и часто сопровождаются конкретными жизненными стрессорами (разводом, потерей работы, смертью и т.п.). Люди с рецидивирующими суицидальными наклонностями, напротив, ассоциируют себя с мыслями о желании умереть в очень раннем возрасте. Некоторые даже сообщают о таких мыслях уже в 4 года или 5 лет. Дети в столь раннем возрасте обычно не до конца понимают, что это значит, но помнят о “желании уйти” или “просто не быть здесь”. Люди с рецидивирующими суицидальными наклонностями описывают эти мысли как “всегда присутствующие в глубине моего сознания” и как “первые мысли, которые приходят мне в голову, как

только происходит что-то стрессовое”. Эти мысли, как правило, пассивны, т.е. от них легко отключиться, и они не сопровождаются планом действий или намерением действовать. Мысли такого рода *не* являются основанием для госпитализации. Если бы люди с ПРЛ обращались в больницу каждый раз, когда у них возникали мимолетные суицидальные мысли, они бы всю жизнь проводили в больницах, так и не научившись справляться с этими мыслями. Парасуицид и рецидивирующая суицидальность характерны только для ПРЛ.

Острые суицидальные мысли включают желание немедленной смерти. Эти мысли включают конкретные способы покончить с собой и намерение следовать им с помощью плана самоубийства. Эти мысли не уникальны для людей с ПРЛ. Они могут возникать у пациентов с биполярным расстройством, клинической депрессией и др. Острые суицидальные мысли часто требуют госпитализации, особенно если человек, испытывающий их, не может твердо придерживаться плана безопасности.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они сильно выражены?

СУИЦИДАЛЬНЫЕ И ПАРАСУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ	
0 _____ 10	
Совсем нет	Очень сильные

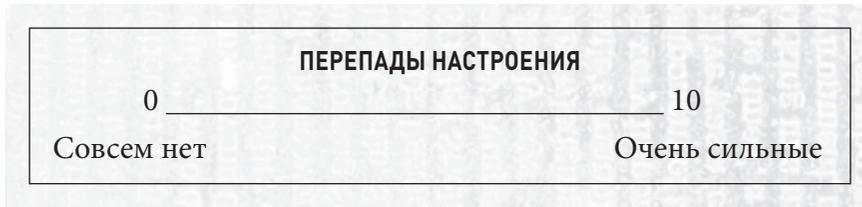
АФФЕКТИВНАЯ НЕУСТОЙЧИВОСТЬ, КРАЙНЕ ПЕРЕМЕНЧИВОЕ НАСТРОЕНИЕ

Это новый термин для обозначения перепадов настроения. Исследования постоянно указывают на то, что люди с пограничным расстройством личности гиперактивны в реакциях на эмоциональные стимулы. Что это значит? Это значит, что они очень легко реагируют на триггеры. Происходящие события влияют на их настроение гораздо более сильно, чем следовало бы.

Это одна из причин, по которой людям с ПРЛ трудно поддерживать друг друга. Для них слишком тяжело слышать о стрессовых ситуациях, происходящих в жизни близких им людей. Эти перепады настроения у человека с ПРЛ отличаются от перепадов настроения, которые испытывает человек с биполярным расстройством. Перепады настроения при ПРЛ почти всегда связаны с отношениями и вызваны моментальными сильными эмоциями. Люди с ПРЛ испытывают те же эмоции, что и остальные. Просто они переживают их гораздо глубже. Если они злятся, то действительно злятся. Если они недовольны собой, то ненавидят себя. Если они тревожатся, то переживают сильный страх. Если они бывают подавлены, то чувствуют глубокую печаль. Одна из моих пациенток говорила: “Я просто чувствую все намного глубже!”

Важный аспект, который стоит отметить: “перепады настроения”, включающие в себя подавленность и часто воспринимающиеся человеком с ПРЛ как “депрессия”, на самом деле сильно отличаются от клинической депрессии, которая лечится с помощью лекарств. Подробнее об этом мы расскажем позже, но сейчас отметим, что лекарства не оказывают существенного влияния на такой тип ситуативных перепадов настроения. Кроме того, поскольку эти колебания вызываются окружающей средой, у человека с ПРЛ в течение дня может быть несколько “перепадов настроения”, в зависимости от того, что происходит в его жизни. Поэтому нередко бывает, что утром человек раздражителен, к обеду счастлив, а к ужину глубоко обижен или разъярен. Одна из наших пациенток подошла к этому с чувством юмора, придя в группу в футболке с надписью “Осторожно! Очередная смена настроения через 6 секунд!” Хотя все что угодно может быть триггером этих колебаний, исследования также установили, что частой причиной их бывают межличностные недопонимания: люди с ПРЛ склонны неправильно понимать других. Они неправильно считывают язык тела и интерпретируют выражения лиц. Опять же, это объясняется комбинацией убеждений, влияющих на восприятие, и лежащими в их основе биологическими факторами, которые располагаются в определенных областях мозга и отвечают за такой тип сенсорной обработки.

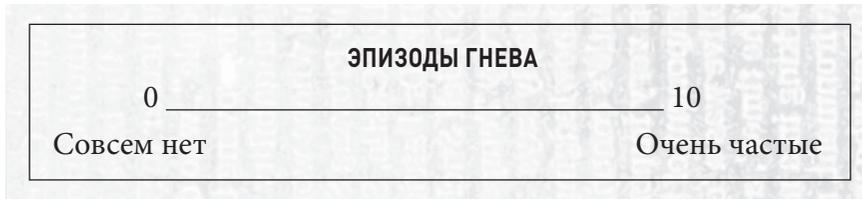
Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они сильно выражены?



ПОСТОЯННО ИСПЫТЫВАЕМОЕ ЧУВСТВО ОПУСТОШЕННОСТИ

Это самоочевидно. Для людей, страдающих от ПРЛ, не требуется никаких дополнительных объяснений. Одна из наших пациенток называет это своей “черной дырой”. Другой пациент называет это “водоворотом страданий”. Плохая новость состоит в том, что этот критерий улучшается медленней всего, а у некоторых людей это чувство вообще никогда не исчезнет. У нас есть много пациентов, которые добились значительного улучшения в восьми из девяти критериев, но по-прежнему констатируют примерно следующее: “Я нахожусь в комнате, полной людей, которые, я знаю, меня любят, но чувствую себя совершенно одиноким”. Иногда эта пустота также переживается как депрессия, но только не поддается лечению. Возможно, это связано с отсутствием глубоких интересов, скукой или нехваткой в жизни того, что приносило бы удовлетворение. Эту пустоту также сравнивают с чувством, которое большинство людей переживают как цикл горевания после смерти любимого человека, развода или другой значимой утраты. Многие люди просыпаются с “неприятным ощущением в животе”, которое накатывает на них волнами, когда они вспоминают что-то, связанное с потерей. Некоторые даже описывают не только эмоциональную реакцию, но и внутреннее ощущение в животе. Оно напоминает пустоту, которую человек с ПРЛ чувствует каждый день своей жизни.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они сильно выражены?



ПРЕХОДЯЩИЕ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ СТРЕССОМ ПАРАНОИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ ИЛИ ВЫРАЖЕННЫЕ ДИССОЦИАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Давайте разберемся с этим. “Преходящие” означает кратковременные. Другими словами, те, которые быстро приходят и уходят. “Вызываемые стрессом” говорит о триггере. Когда возбуждение очень сильное (когда вы действительно злитесь или испытываете большой стресс), может произойти одно или оба из следующих событий.

Параноидальная идеация. Идеация — это модное слово для обозначения мысли. Как правило, это не психотический тип паранойи, который может испытывать человек, страдающий шизофренией (например, думая, что ФБР его преследует, инопланетяне прилетели, чтобы его похитить и т.п.). Это то, что можно назвать “обычной паранойей”. Люди, которые проявляют этот тип паранойи, просто неверно истолковывают события реальной жизни, происходящие вокруг них. Видя, как два человека разговаривают, они думают: “скорее всего, они говорят обо мне”, или предполагают, что кто-то поведет себя плохо по отношению к ним, хотя знают, что он их любит.

Диссоциативные симптомы. Каждый человек когда-то переживал диссоциацию. Диссоциацию можно рассматривать в континууме. Вы когда-нибудь сидели за рулем машины, ехали по знакомому маршруту, и, засмотревшись в окно, вдруг понимали, что пропустили свой съезд? Вы когда-нибудь посещали проповедь в церкви или слушали лекцию в аудитории, а затем, выйдя оттуда, не смогли рассказать, о чем она была? Таким образом, все мы время от времени немного “отключаемся”. Тем не менее люди с ПРЛ, как правило, при сильном стрессе отключаются чаще, чем остальные. Не все люди с пограничным расстройством личности испытывают это. Некоторые никогда полностью не “утрачивают связи с реальностью”, но у других бывают моменты, когда они чувствуют себя “переместившимися в пространстве”, и их воспоминания о происшедшем очень

смутны. Они могут ссориться со своими близкими и, не осознавая этого, выкрикивать ругательства, о которых потом даже не вспомнят. Некоторые люди с ПРЛ действительно страдают от серьезной диссоциации, утрачивая воспоминания о многих событиях. Они могут даже отвечать критериям сопутствующих диссоциативных расстройств.

Исходя из этого описания, находите ли вы в себе такие черты? Если да, то насколько они характерны для вас? Можете ли вы спросить у члена семьи или друга, замечают ли они их у вас? Если да, то насколько, по их мнению, они ярко выражены?

ПАРАНОИДАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ	
0 _____ 10	
Совсем нет	Очень сильное

ДИССОЦИАЦИЯ	
0 _____ 10	
Совсем нет	Очень сильное

ПОНЯТЬ СВОЕ ПРЛ

Надеюсь, теперь вы стали лучше понимать критерии диагноза ПРЛ. Тем не менее наибольшую озабоченность у пациентов нашей программы вызывает то, что все они “не похожи друг на друга”. Это одна из самых важных проблем, которую друзья, члены семьи и даже специалисты не понимают о людях с пограничным расстройством личности. В случае любого физического заболевания у вас может быть как легкая, так и тяжелая его форма. У вас может быть легкая или тяжелая инфекция носовых пазух. У вас может быть диабет I или II типа. У вас может быть открытый перелом кости или легкая трещина. Точно так же у одних людей форма ПРЛ более легкая, у других умеренная, а у третьих тяжелая. В зависимости от комбинации критериев, ваше состояние будет кардинально отличаться от состояния

другого человека, у которого есть те же критерии. Существуют разные уровни тяжести и разные подтипы ПРЛ (разбивку по подтипам см. в разделе “Специалисты”). Ваша презентация будет зависеть от типа импульсивного поведения и количества критериев, которые совпадают с другими расстройствами личности. Необходимо понять *свое* расстройство, глядя на него изнутри и снаружи. Изучить его проявления. Проанализировать триггеры. Как можно лучше ознакомиться с навыками управления своей версией этого состояния. Инструменты в этой книге были подобраны специально для того, чтобы помочь вам достичь этой цели.

Дело в том, что существует много разных “версий” ПРЛ. Верно также и то, что ПРЛ часто неправильно диагностируют. Канадский психиатр Дэвид Робинсон в своей книге *Disordered Personalities* утверждает, что ПРЛ сложно диагностировать в менее явных формах. Из-за трудностей с постановкой этого диагноза и плохих знаний в области расстройств личности, к сожалению, людям нередко ставят несколько диагнозов (которые могут быть более или менее точными), прежде чем они “получат” свой диагноз. С помощью диаграммы Робинсона (рис. 2.1) вы сможете понять, что ПРЛ имеет много совпадающих проявлений с другими расстройствами.

Как мы говорили выше, поскольку ПРЛ содержит аффективный компонент (перепады настроения), людям нередко ставят диагноз биполярного расстройства. Поскольку такие колебания включают эмоциональные спады, у людей часто диагностируют депрессию. Поскольку скачки настроения могут сопровождаться тревогой и паническими атаками, у пациентов с ПРЛ часто диагностируют тревожные или панические расстройства. Из-за импульсивного поведения, которое часто сопровождает ПРЛ, у пациентов может быть диагностировано расстройство импульсного контроля. Поскольку импульсивное поведение часто связано с алкоголем или наркотиками, у клиентов может быть диагностировано расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. Из-за неопределенной сексуальной и другой идентичности у людей с ПРЛ может быть диагностировано сексуальное расстройство или гендерная дисфория. Поскольку импульсивность может включать переедание или другие проблемы с употреблением пищи, у некоторых пациентов диагностируют расстройство пищевого поведения. Из-за ранее описанной диссоциации при стрессе у людей могут диагностировать диссоциативные расстройства. Наконец, вследствие кратковременного психоза при стрессе у людей с ПРЛ изредка диагностируются психотические расстройства.

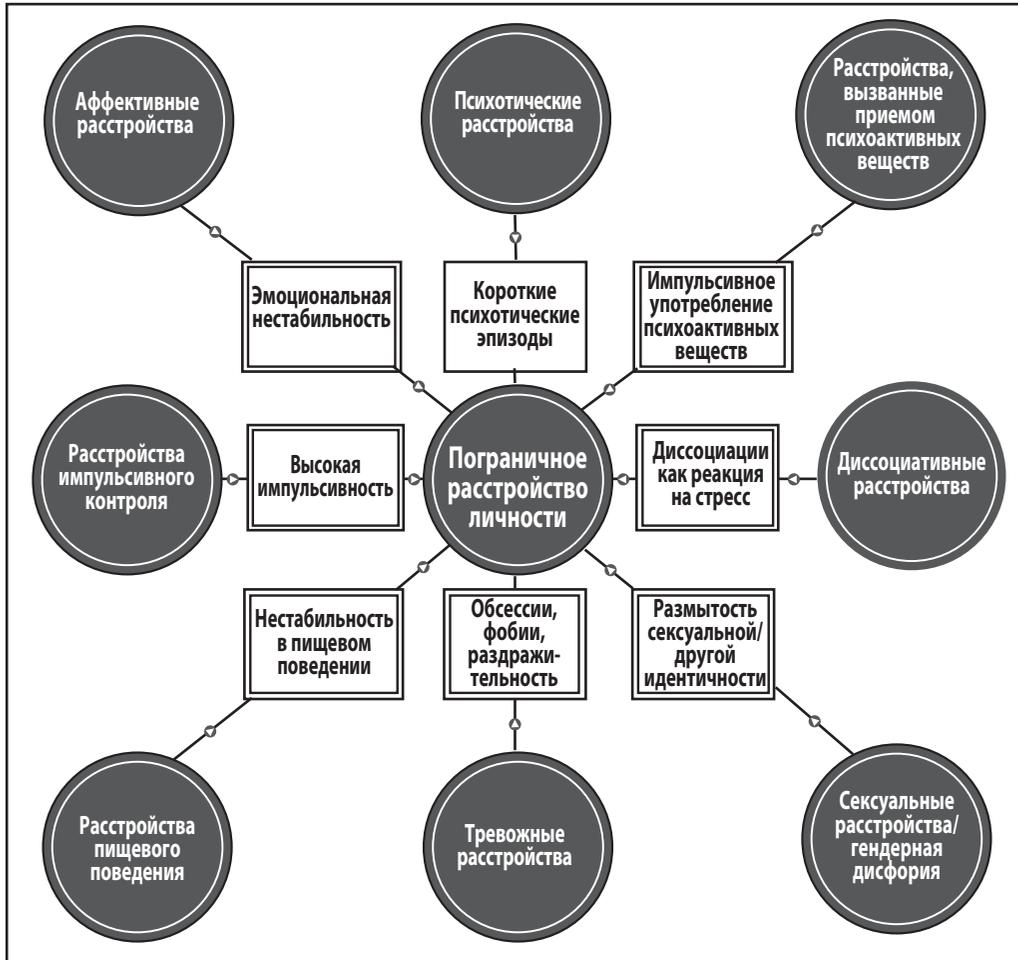


Рис. 2.1. Совпадение ПРЛ с другими расстройствами

Возможно, самой распространенной диагностической ошибкой клиницистов является постановка диагноза биполярного расстройства, когда пациент на самом деле страдает от пограничного расстройства личности. Больше всего в этом нужно винить критерий 4 (импульсивное поведение) и критерий 6 (перепады настроения). Одна из проблем заключается в том, что критерий 4 при ПРЛ включает точно такие же формы поведения (импульсивное употребление психоактивных веществ, бездумные траты, беспорядочные половые связи, переедание, безрассудное вождение и т.п.), которые в DSM-5 описаны и как характеристики маниакального эпизода у человека с биполярным расстройством. Во-первых, если у человека действительно есть биполярное состояние, то он демонстрирует такое

поведение только в контексте маниакального эпизода, а не регулярно, как человек с ПРЛ. Во-вторых, как говорилось выше, при ПРЛ импульсивное поведение обычно возникает в качестве реакции на проблему в отношениях и направлено на урегулирование сильных эмоций. И наконец, “биполярные перепады настроения” легко отличить человеку, имеющему опыт в лечении расстройств, от “пограничных перепадов настроения”. В табл. 2.1 показаны три ключевых момента, на которые мы просим наших клиентов обратить внимание.

Таблица 2.1. Отличие перепадов настроения при биполярном и пограничном расстройствах

Перепады настроения при биполярном расстройстве	Перепады настроения при ПРЛ
Биологический триггер	Триггер окружающей среды
Задействуют (повышают или понижают уровень энергии)	Задействуют реальные эмоции
Более длительные перепады	Короткая продолжительность перепадов

Во-первых, исследования показали, что стресс в целом может вызвать маниакальный эпизод. Не нужно проводить каких-то исследований, чтобы прийти к выводу, что любые стрессовые обстоятельства могут “вывести человека из себя”. Тем не менее у мании нет определенного внешнего “триггера”. Если у вас биполярное расстройство, и кто-то сказал вам: “Я думаю, что в этом платье ты выглядишь толстой”, это может показаться грубым, но не вызовет “маниакального эпизода”. Люди неправильно употребляют понятие “маниакальное состояние”: “Он меня так разозлил, что я впал в маниакальное состояние и сделал все эти безумные вещи”. Мания так не работает. Однако именно *так* запускаются эпизоды ПРЛ. Чьи-то комментарии “нажимают на ваши пусковые кнопки”, и эмоции сразу же взлетают до небес. Во-вторых, на “биполярные перепады настроения” влияет неврология человека. Когда люди начинают впадать в маниакальное состояние, они говорят, например: “Я чувствую себя счастливым”, “Я в эйфории” или “Я на подъеме”, но только потому, что у них повышенный уровень энергии.

И наоборот, человек в подавленном состоянии будет говорить что-то вроде: “Мне грустно, я подавлен, у меня нет сил”, но это только потому, что у него нет энергии! Проще говоря, биполярное расстройство — это когда энергия повышается или понижается. Оно не связано с чувством вины

и стыда, ненависти и паники. Не имеет ничего общего с чувством страха одиночества. Не связано с тем, что вы расстроены из-за отношений. Это потому, что ваша неврология испытывает колебания. Когда вы проводите две или три ночи без сна и чувствуете себя прекрасно — это не ПРЛ. Когда вы не можете встать с постели в течение трех недель, потому что вашему телу просто не хватает энергии, — это тоже не ПРЛ. Наконец, подумайте о том, как долго длятся ваши колебания. Колебания, связанные с биполярным спектром, могут длиться недели или месяцы. Перепады, связанные с ПРЛ, как правило, длятся несколько часов, и человек гораздо быстрее возвращается к исходному уровню (особенно если в его жизни происходит что-то позитивное).

Есть несколько возможных причин, по которым клиницисты по традиции неохотно ставят диагноз расстройства личности. Многие клиницисты мало информированы о расстройствах личности. В большинстве магистерских программ есть только один курс психопатологии, и лишь один его раздел посвящен расстройствам личности. Вторая причина может быть связана с оплатой лечения. Некоторые страховые компании поддерживают лечение расстройств личности, но традиционно многие плательщики неохотно покрывают такие расходы. Вследствие этого переутомленные, заваленные бумажной работой клиницисты, которые должны соответствовать бюрократическим процедурам, находятся в стрессе из-за повышенных требований и диагностируют только те состояния, за которые могут выставить счет, чтобы не беспокоить администраторов.

Кроме того, поскольку от расстройств личности нет лекарств, ориентированные на препараты психиатры и клиницисты более склонны диагностировать состояния, от которых есть медикаменты (поскольку это все, что они умеют делать). Как любил говорить один из моих предыдущих медицинских директоров: “Если все, что у вас есть, — это молоток, а вам приходится иметь дело не с гвоздем, то в некотором смысле вы облажались”. И наконец, возможно, психиатры становятся настолько политкорректными и боятся “навешивать ярлыки” на пациента, что некомпетентно решают не документировать правильный с медицинской точки зрения диагноз.

Хотя появление двух расстройств личности встречается крайне редко, возможно существование одновременно биполярного расстройства и ПРЛ. Следует отметить, что не обязательно один из этих диагнозов будет некорректен. Можно соответствовать критериям ПРЛ и в то же время критериям одного или нескольких других расстройств. На самом деле 90%

людей с ПРЛ соответствуют критериям еще одного расстройства, а 80% — критериям двух или более. Поэтому случается, что людям с пограничным расстройством личности *неправильно ставят* еще один диагноз, которого у них в реальности нет. Но чаще всего эти люди на тот момент действительно отвечают критериям того или иного расстройства, поэтому клиницист идентифицирует их появление, но упускает из виду главный диагноз, который отвечает за поведение. В этом часто состоит ошибка плохо обученных клиницистов, особенно с учетом того факта, что многие люди с ПРЛ действительно в разное время проявляют себя по-разному.

СИМПТОМЫ, ОБЩИЕ С ДРУГИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Важно также отметить, что симптомы ПРЛ могут совпадать с симптомами других расстройств личности. Например, подобно людям с зависимым расстройством личности, для людей с ПРЛ конкретным триггером в отношениях является чувство “одиночества” или покинутости. Как и в случае с истерическим расстройством, внешний вид может играть непропорционально важную роль в самооценке человека с ПРЛ. Подозрительность, особенно в условиях стресса, может напоминать параноидальное расстройство личности. Импульсивность, связанная с ПРЛ, может принимать форму антиобщественного поведения (магазинные кражи и связанные с ними правонарушения типичны для одного подтипа ПРЛ), как и при антисоциальном расстройстве личности. Некоторым людям с пограничным расстройством личности, как и нарциссам, не хватает эмпатии. Наконец, некоторые люди с ПРЛ проявляют склонность к перфекционизму, которая может частично совпадать с обсессивно-компульсивным расстройством личности (рис. 2.2).

Суть в том, что ПРЛ может напоминать множество других расстройств личности. Прежде чем лечить соответствующие симптомы, нужен точный диагноз. До тех пор пока он не будет поставлен, положительные результаты лечения практически невозможны.

Поймите *свое* ПРЛ. Найдите компетентного и надежного клинициста, который поможет вам в этом. Восстановление возможно. Первый шаг — прийти к пониманию того, с чем именно вы имеете дело.



Рис. 2.2. Общие для ПРЛ и других расстройств личности симптомы

