Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

Автор:
Марша Лайнен

Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

Марша М. Лайнен

Монография Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности посвящена новому направлению психотерапии – диалектико-поведенческой терапии (ДПТ), разработанной признанным специалистом в области психического здоровья д-ром Маршей М. Лайнен. Дополнением к монографии служит Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности. Книга будет несомненно интересна специалистам в области психотерапии, клинической психологии и социальной работы – всем, кто занимается работой с «пограничными» пациентами.

Марша М. Лайнен

Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности

© Издательский дом «Вильямс», 2007

© The Guilford Press, 1993

* * *

Посвящается Джону О’Брайену, Элу Левенталю и Дику Гоуду.

Большинству лучших стратегий, описанных в этой книге, я научилась у них.

Предисловие

Время от времени – очень редко в нашей сфере деятельности – появляются клинические инновации, которые приводят к прорыву в работе с пациентами. К таковым относится разработанная Маршей Лайнен когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. Я познакомился с работой д-ра Лайнен почти десять лет назад – примерно в то время, когда она начинала проводить серию систематических научных экспериментов с целью установления эффективности своего подхода. Еще до того, как стали известны положительные результаты исследований, я был уверен, что д-р Лайнен стоит на пороге какого-то важного открытия. Было очень приятно наблюдать, как она совершенствовала свои методы, делая их все более всесторонними, практичными и применимыми к сфере охраны психического здоровья в целом.

Проблема, которой занимается д-р Лайнен, – пограничное расстройство личности – очень важна и масштабна, она представляет собой одну из труднейших клинических головоломок. Индивиды с пограничным расстройством личности страдают сами и причиняют страдания другим людям, зачастую самым мучительным и драматическим образом. Это чаще всего встречающийся в клинической практике вид расстройства личности, с самыми высокими показателями завершенного суицида и суицидальных попыток. С индивидами, соответствующими диагностическим критериям пограничного расстройства личности, чрезвычайно трудно работать. Зачастую они строптивы, непокорны, а в терапевтических отношениях склонны чрезмерно сокращать или, наоборот, увеличивать дистанцию. Они провоцируют сильный контрперенос у терапевта, который может либо обольщать пациенток, либо отталкивать их, или же бросаться из одной крайности в другую. «Пограничные» индивиды (какой ужасный термин; впрочем, нам не удалось найти ему достойную замену) также больше других склонны негативно реагировать на терапию. Нередко они пытаются покончить с собой или отвечают членовредительством на действительное или воображаемое отвержение их терапевтом (уход последнего в отпуск, вероятно, самый распространенный повод к этому). Зачастую они

связывают терапевта по рукам и ногам, в результате каждая терапевтическая интервенция представляется ему неправильной и жестокой. Обычно такая терапия сопровождается оскорблениями или приступом гнева и нередко заканчивается госпитализацией.

Клиницисты, которые в работе с пограничными индивидами стараются найти подходы к ним, нередко испытывают бессилие и дезориентацию. Некоторые клиницисты все надежды возлагают на обнаружение эффективного способа фармакотерапии. Однако до сих пор результаты в этой области были довольно неоднозначными. Нет определенного способа фармакотерапии нестабильности пограничных пациентов; а препараты (нейролептики, антидепрессанты, литий, карбомезапин), эффективно влияющие на сопутствующую симптоматику, дают побочные эффекты и осложнения. Другие клиницисты обратились к психотерапевтическим (особенно психодинамическим) стратегиям, разработанным для терапии пограничных индивидов. Однако и в этом случае результаты довольно неоднозначны, а сама терапия чревата побочными эффектами и осложнениями (особенно часты упомянутые выше явления переноса и контрпереноса). Вероятно, будет справедливым сказать, что терапия индивидов с пограничным расстройством личности представляет собой самую сложную и трудноразрешимую проблему для среднестатистического клинициста и среднестатистической психиатрической клиники или стационарного отделения. Все говорят о пограничном расстройстве личности, но создается впечатление, что никто не знает, как его лечить.

Никто, кроме д-ра Лайнен. Она соединила невероятно эмпатическое понимание внутреннего опыта пограничных индивидов и техник когнитивно-поведенческой терапии. Д-р Лайнен – творческий клиницист-новатор. Она проанализировала пограничное поведение, разложив его на компоненты, и разработала систематизированный и интегрированный подход к каждому из них. Ее методики ясны, доступны, исполнены здравого смысла как для терапевта, так и для пациента. Метод д-ра Лайнен значительно улучшил мой собственный подход к терапии пограничных индивидов и мое понимание этого расстройства. Не сомневаюсь, что благодаря этой книге изменится ваша практика и значительно повысится эффективность вашей работы с этими страдающими и нуждающимися в помощи людьми.

Аллен Франсес, д-р медицины

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам бумажное или электронное письмо либо просто посетить наш Web-сервер и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая письмо или сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг.

Наши координаты:

E-mail: info (mailto:%20info@williamspublishing.com)@ (mailto:%20info@williamspublishing.com)williamspublishing (mailto:%20info@williamspublishing.com).com (mailto:%20info@williamspublishing.com)

WWW: http (http://www.williamspublishing.com/):// (http://www.williamspublishing.com/)www (http://www.williamspublishing.com/).williamspublishing (http://www.williamspublishing.com/).com (http://www.williamspublishing.com/)

Информация для писем:

из России: 115419, Москва, а/я 783

из Украины: 03150, Киев, а/я 152

Благодарности автора

Эта книга и эта форма лечения – диалектическо-поведенческая терапия (ДПТ) – появились как плод усилий многих умов и сердец. Я испытала влияние многих моих коллег, студентов и пациентов и использовала немало их идей. Было бы невозможно ссылаться на каждого, кто внес свой вклад в эту книгу, но я все же хочу отдать дань признательности тем, чье влияние было самым значительным.

Во-первых, я узнала о многих составляющих ДПТ от людей, которые были моими собственными терапевтами и консультантами. К ним относятся люди, которым я посвятила эту книгу, – Ричард Гоуд, д-р медицины, Аллан Левенталь, д-р философии, Джон О'Брайен, д-р медицины, и Хелен Маклейн. Мне очень повезло, что я встретила таких прекрасных специалистов. Джеральд Дейвисон, д-р философии, и Мартин Гоулдфрид, д-р философии, были моими первыми наставниками в поведенческой терапии. Бо?льшую часть того, что я знаю о клинических методах изменения поведения, я узнала от них, и именно их влияние и идеи преобладают в моей книге. Сильное влияние на меня оказала и интернатура в Службе предотвращения самоубийств и психологического кризиса в Буффало. Джин Брокопп, д-р философии, что называется из воздуха создал для меня место интерна, в то время как все остальные мне отказывали. Большинство аспектов терапии, которую я разработала, представляют собой интеграцию методов предотвращения суицида и поведенческой терапии, с одной стороны, и моего опыта ученичества в дзэн – с другой. Большинству того, что я знаю о принятии, меня учил (и до сих пор учит) мой наставник дзэн, Виллигис Ягер, который также является монахом Ордена св. Бенедикта.

Бо?льшая часть моих теоретических построений относительно психотерапии и пограничного расстройства личности (ПРЛ) возникла благодаря тому неиссякаемому фонтану идей, который бьет на факультете психологии Вашингтонского университета. Не случайно многие из нас приходят к похожим идеям, работая в совершенно разных сферах. Самое сильное влияние на меня оказали идеи убежденного бихевиориста Роберта Коленберга, д-ра философии; работа о предотвращении рецидивов, написанная Аланом Марлаттом, д-ром философии, и Джудит Гордон, д-ром философии; теории развития и клинические перспективы Джеральдин Доусон, д-ра философии, Джона Готтмана, д-ра философии, и Марка Гринберга, д-ра философии. Нил Джейкобсон, д-р

философии, также развивал многие идеи ДПТ, особенно это касается стратегий принятия/изменения, и применял их в контексте супружеской терапии. Его творческие идеи (особенно контекстуализация принятия в радикальной поведенческой системе) повлияли на дальнейшее развитие ДПТ.

Ни один профессор не сможет добиться успеха без помощи ярких и способных студентов – беспокойных, сомневающихся, критикующих, предлагающих новые идеи. Ко мне это тоже относится. Келли Эган, д-р философии, моя первая ученица в докторантуре Вашингтонского университета, внесла немало творческих идей и вскрыла несостоятельность моих прежних, менее творческих идей. Мне посчастливилось сотрудничать с самой, возможно, лучшей группой докторантов и проводить ее супервизию; это Майкл Эддис, д-р философии, Беатрис Арамбуру, д-р философии, Алан Фурцетти, д-р философии, Барбара Грэхем, д-р философии, Келли Кернер, Эдвард Ширин, д-р философии, Эми Вагнер, Дженнифер Уолц и Элизабет Уоссон. Джейсон Мак-Кларг, д-р медицины, и Джинн Блаше, дипломированная медсестра, вместе с докторантами участвовали в клиническом семинаре для супервизоров. Поскольку они смотрели на ДПТ больше с точки зрения медицины, чем психологии, им удалось прояснить и дополнить некоторые положения, лежащие в ее основе. Хотя формально я учила их ДПТ, в действительности сама многому у них училась.

Когда я начала клинические испытания новой формы терапии, некоторые ее аспекты казались довольно спорными. Мой сотрудник и единомышленник Хью Армстронг, д-р философии, взял на себя борьбу с препятствиями. Его огромный личный и клинический авторитет в Сиэтле способствовал тому, что клиницисты решили дать нам шанс. Терапевты, проводившие исследования, – Дуглас Оллмон, д-р философии, Стив Кланси, д-р философии, Деки Фидлер, д-р философии, Чарльз Хаффин, д-р медицины, Карен Линднер, д-р философии, и Алехандра Суарез, д-р философии – подтвердили эффективность ДПТ и одновременно выявили многие недостатки ее первоначального варианта. Они создали группу, воплотившую дух диалектической стратегии. Успех клинических испытаний отчасти объясняется их способностью сострадать, сохранять душевное равновесие и не отклоняться от принципов ДПТ, даже находясь в эпицентре стрессогенных ситуаций. Моя исследовательская группа и мои сотрудники, с которыми я проработала долгие годы, – Джон Чайлз, д-р медицины, Хайди Херд, Андрэ Иванофф, д-р философии, Конни Керер, Джоан Локард, д-р философии, Стив Маккатчен, д-р философии, Эвелин Мерсье, Стив Нильсен, д-р философии, Керк Штрозаль, д-р философии, и Даррен Тутек – оказали неоценимую помощь и внесли много идей, которые способствовали формированию эмпирически обоснованного подхода к терапии ПРЛ. Не думаю,

что смогла бы написать эту книгу, если бы не располагала эмпирическими доказательствами эффективности ДПТ. И я никогда не получила бы этих эмпирических данных без первоклассной исследовательской группы.

Мои пациенты часто интересуются, какие еще новые терапевтические методы я буду на них испытывать. Они годами проявляли чудеса терпения, позволяя мне экспериментировать с ДПТ. Они вдохновили меня своим мужеством и стойкостью. В условиях, в которых многие другие люди не выдержали бы и сдались, ни один из моих пациентов не сдался и не отступил. Они очень любезно указывали мне на мои ошибки, достижения и давали советы по улучшению терапии. Самое замечательное в терапии пограничных пациентов в том, что при работе с ними чувствуешь себя так, словно в кабинете постоянно присутствует твой супервизор. Мои пациенты и вправду были очень хорошими и благожелательными супервизорами.

Среди моих друзей много терапевтов, которые принадлежат скорее к психодинамической школе, нежели когнитивно-поведенческой. Некоторые из них дали мне пищу для размышлений и способствовали появлению этой книги. Чарльз Свенсон, д-р медицины, психиатр Корнелльского медицинского центра в Уайт-Плейнс, имел мужество применить ДПТ в стационарном отделении клиники, использующей сугубо психодинамические методы. Мы потратили уйму времени, обсуждая техническую сторону этого нововведения и пути преодоления проблем. Эти дискуссии способствовали гораздо более отчетливому определению ДПТ. Джон Кларкин, д-р философии, и Отто Кернберг, д-р философии, провели сравнительное исследование ДПТ и подхода Кернберга и направили мои мысли в то русло, которое я, возможно, не хотела замечать, а также помогли мне прояснить свою позицию в других отношениях. С Салли Паркс, д-ром медицины, аналитиком юнгианской школы и моей подругой, мы в течение многих лет обсуждали юнгианские и бихевиористические идеи, и многие мои мысли относительно терапии родились именно в этих дебатах. Наконец, моя старая подруга, Себерн Фишер, д-р медицины, одна из лучших терапевтов, которых я знаю, выслушивала мои идеи и делилась своими соображениями о проблемах пограничных пациентов.

Окончательная версия написана в Великобритании, когда я была в творческом отпуске в Исследовательском центре прикладной психологии при Кембриджском университете. Мои английские коллеги – Дж. Марк Вильямс, д-р философии, Джон Тиздейл, д-р философии, Филип Барнард, д-р философии, и Эдна Фоу, д-р философии – критиковали многие мои идеи и предложили новые. Кэролайн

Манси спасла меня от умопомешательства, снова и снова перепечатывая текст будущей книги. Лесли Хортон, мой секретарь по исследовательскому проекту, также заслуживает огромной благодарности за организацию моего времени и систематизацию материалов.

Хочу поблагодарить научного редактора моих книг Аллена Франсеса, д-ра медицины, за его строгую критику и настойчивые рекомендации придерживаться практического подхода, насколько это возможно. Он обеспечил диалектическую альтернативу той «башне из слоновой кости», в которой я подчас уединяюсь для работы. Заинтересованность в этой работе во многом объясняется его многолетней вдохновенной поддержкой. Мой брат, В. Марстон Лайнен, д-р медицины, который тоже занимается научными изысканиями, постоянно призывал меня «смотреть на результат», благодаря чему я смогла завершить эту книгу. Он и его жена, Трейси Руо, д-р медицины, а также моя сестра, Алин Хейнз, долгие годы оказывали мне неоценимую помощь.

Подготовка материалов, вошедших в эту книгу, частично поддерживалась грантом №MH34486 Национального института психического здоровья.

Морис Парлофф, д-р философии, Айрин Элкин, д-р философии, Барри Вулф, д-р философии, и Трейси Шей, д-р философии, лелеяли эту работу и боролись за нее с самого начала, и заслуживают сердечной благодарности за успех исследования, на котором основывается ДПТ.

Хотя и в последнюю очередь, но не меньшая благодарность редактору текста Мари Спрейберри. Она творила чудеса, систематизируя и уточняя структуру этой книги, и с ангельским терпением ждала, пока я одумаюсь и признаю ее правоту при возникающих разногласиях.

Часть I. Теория и понятия

Глава 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 терапию 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. Не удивительно 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[1 - От англ. pattern – повторяющийся узор, орнамент, выкройка. – Примеч. ред.], 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, & Gilmor, 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 удушения, 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[2 - 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.] (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 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: бо?льшую часть индивидов, занимающихся умышленным членовредительством (без смертельного исхода), и бо?льшую 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[3 - 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.]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 несуицидальными 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; 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; Schmideberg, 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 ними

А. 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 экстериоризации[4 - 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.], которая подчас ставит индивида на грань бредовых идей.

10. Затруднения при проверке реальности – повреждены эмпатические механизмы восприя тия 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.

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, функционирование 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 вызывали поведенческие ухудшения. Также показательно, что сами эти индивиды вызывали 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[5 - Ось I включает клинические синдромы и состояния, связанные с психическим заболеванием. – Примеч. ред.]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 «эклектично-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) появились 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[6 - Последней редакцией «Диагностического и статистического руководства по психическим болезням» является DSM-IV-TR (2000). – Примеч. ред.], 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[7 - 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.]

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[8 - Дисфория (греч. dysphoria – раздражение, досада) – расстройство настроения. Пре обладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоциональное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенностью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. – Примеч. ред.], 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.

DIB-R[9 - Взято из: «The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Diso rders» 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.]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 зави симость.

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.

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 разработала 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[10 - 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.], 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[11 - Дедуктивный (метод) – способ исследования, при котором частные положения логически выводятся из общих положений. – Примеч. ред.] 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.

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). Ис пользуя 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 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).

Таблица 1.4. Основные концепции ПРЛ[12 - * 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 психогенный характер.]

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.

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 идеации.

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 завершенного суицида; несуицидальные 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 несуицидальных пациентов и психически здоровых людей; парасуицидальные пациенты также более подвержены депрессии, чем индивиды, действия которых в будущем приводят к завершенному 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

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[13 - 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.]. 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[14 - Ассертивное поведение – уверенное поведение, отличается от агрессивного или неуверенного тем, что демонстрирующий его индивид ориентирован на равное соблюдение интересов всех сторон. – Примеч. ред.]. 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 над собой, если проявят свой гнев хотя бы в малейшей степени, а иногда боятся, 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 непрямое 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, уравновешиваются акцентом на валидации[15 - 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.] 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, 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. Беком и его коллегами (Beck, Freemen, & 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 обусловливает 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[16 - Рандомизация (от англ. random – случайный) – метод случайного причисления (в данном случае испытуемых к экспериментальной или контрольной группе). – Примеч. ред.] 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 когниций и поведения, 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 психотерапию, 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 идеации 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 терапию 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 исполнении 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 представителей 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, обусловливающие нормальное поведение (в том числе наше собственное), это те же самые закономерности, которые обусловливают пограничное поведение, нам будет легче сопереживать и с участием относиться к страданиям жертв и не винить их в тех трудностям, 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 Deseases – 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.

Глава 2. Диалектические и биосоциальные основы терапии

Диалектика

Каждая теория функционирования личности и ее расстройств основана на определенных философских воззрениях. Часто эти взгляды не декларируются, и чтобы их понять, приходится читать между строк. Например, в основе клиент-центрированной теории и терапии Карла Роджерса лежит допущение о том, что люди обладают огромным положительным потенциалом и врожденным стремлением к самоактуализации. Зигмунд Фрейд полагал, что индивиды стремятся к удовольствию и избегают боли. Он также допускал, что всякое поведение человека психологически детерминировано, что поведение не бывает случайным (оно определяется случайными событиями в окружении индивида).

ДПТ точно так же базируется на особой философской системе – диалектике. В этом разделе я постараюсь объяснить, что я подразумеваю под этим понятием. Надеюсь убедить вас в том, что осмысление диалектической философии имеет большое значение и может способствовать вашему пониманию пациентов с ПРЛ и взаимодействию с ними. Я не собираюсь читать вам лекцию о значении и происхождении термина «диалектика», не буду проводить глубокого анализа

современной философской мысли в этой области знания. Достаточно сказать, что диалектика и сейчас живет и процветает. Большинство людей ассоциируют диалектику с социально-экономической теорией К. Маркса и Ф. Энгельса. Однако как мировоззрение диалектика также фигурирует в теориях развития науки (Kuhn, 1970), биологической эволюции (Levins & Lewontin, 1985), сексуальных отношений (Firestone, 1970) и более поздней теории развития мышления у взрослых (Basseches, 1984). Уэллс (Wells, 1972, цит. по: Kegan, 1982) доказал факт перехода к диалектической ориентации почти во всех социальных и естественных науках за последние 150 лет.

Почему диалектика?

Я начала применять диалектический подход для разработки своей терапевтической системы в начале 1980-х годов при проведении терапевтических наблюдений и обсуждений с моей исследовательской группой. Во время еженедельных психотерапевтических сеансов мои коллеги наблюдали за тем, как я пыталась применить когнитивно-поведенческую терапию, которой обучалась у Джеральда Дейвисона и Марвина Голдфрида в Университете штата Нью-Йорк (Стоуни-Брук). После каждого сеанса мы обсуждали как поведение пациента, так и мое поведение. В то время нашей целью было нахождение действенных терапевтических техник или, по крайней мере, таких методик, которые не препятствовали бы терапевтическим изменениям и положительным рабочим отношениям с пациентами. Затем я должна была последовательно применять эти методики в своей клинической практике. Последующие дискуссии были направлены на то, чтобы закрепить полезное, отбросить бесполезное и вредное и сформулировать в поведенческих терминах определение того, в чем состоял точный терапевтический смысл моих действий.

Разработка моей терапевтической системы связана с несколькими важными событиями. Во-первых, мы с коллегами доказали, что когнитивно-поведенческая терапия эффективна при работе с данной категорией пациентов; это нас вдохновило, поскольку означало достижение поставленной цели. Однако из наблюдений за моими действиями следовало, что я применяла некоторые другие процедуры, которые не относятся к традиционной когнитивной или поведенческой терапии. Сюда относились, например, намеренное преувеличение возможных последствий тех или иных событий, как, например, у К. Уитакера (Whitaker, 1975, p. 12–13); соответствующая традициям дзэн-

буддизма мотивация принятия чувств и ситуаций, а не их изменение; взаимосвязанные утверждения – такие, например, как в Проекте Бейтсона, направленном на изучение патологических моделей поведения (Watzlawick, 1978). Упомянутые методики более тесно связаны с парадоксальными терапевтическими техниками, чем со стандартной когнитивной или поведенческой терапией. Кроме того, ритм терапии включал быстрые изменения вербального стиля: от теплого принятия и эмпатического отражения, близкого клиент-центрированной терапии, до прямолинейных, жестких, конфронтационных комментариев. Движение и расчет времени, очевидно, настолько же важны, как контекст и методика.

Хотя мы с одной из моих коллег впоследствии установили взаимосвязь между ДПТ и парадоксальными терапевтическими техниками (Shearing & Linehan, 1989), при первоначальном изложении новой системы лечения мне не хотелось их связывать между собой – я боялась, что неопытные терапевты могут неправильно (слишком обобщенно) истолковать смысл термина «парадоксальный» и сузить трактовку суицидального поведения как такового. Это не применяется и не применялось в ДПТ. Однако мне нужно было определенным образом назвать свою терапевтическую систему. Очевидно, это не была просто стандартная когнитивно-поведенческая терапия. В то время акцент когнитивной терапии на рациональности как критерии здравомыслия казался несовместимым с моим вниманием к интуитивному и иррациональному, равно как и к здравому и эффективному. Я также все больше убеждалась в том, что проблемы пациентов с ПРЛ не были результатом прежде всего когнитивных искажений в них самих и в их окружении; хотя эти искажения, по-видимому, играли важную роль в сохранении проблем после того, как они образовались. Направленность моей терапии на принятие болезненных эмоциональных состояний и проблемных событий в окружении очевидно отличалась от обычного когнитивно-поведенческого подхода, состоящего в попытках изменения или модификации болезненных эмоциональных состояний либо воздействия на окружение с целью его изменения.

Я начала думать о термине «диалектический» как таком, который описывает новую терапевтическую систему, благодаря своему интуитивному опыту, появившемуся в результате лечения испытывающих сильные страдания, хронически суицидальных пациентов. Этот опыт лучше всего можно объяснить с помощью образного сравнения. Представьте, что пациент и я сидим на разных концах качелей. Терапия – это когда мы раскачиваемся на качелях, вверх-вниз. Каждый из нас скользит то вперед, то назад, пытаясь найти точку равновесия, – тогда мы вместе сможем добраться до середины и перейти на «высший

уровень». Высший уровень символизирует личностный рост и развитие, он представляет собой синтез предыдущего уровня. Затем все начинается заново. Мы оказываемся на новых качелях, пытаясь обрести равновесие и добраться до середины доски, чтобы достичь следующего уровня, и т. д. Во время этого процесса, по мере того как пациент постоянно скользит то вперед, то назад, я тоже двигаюсь, пытаясь сохранить равновесие.

Трудность терапии суицидальных пациентов с ПРЛ состоит в том, что, образно выражаясь, мы сидим не на детских качелях, а на бамбуковом шесте, который балансирует на канате, натянутом над Большим каньоном Колорадо. Поэтому если пациент отодвигается назад, я тоже двигаюсь назад, чтобы сохранить равновесие, а если затем пациент снова отодвигается назад, чтобы удержать равновесие, то мы в конце концов можем свалиться в пропасть (шест когда-нибудь закончится). Поэтому моя задача как терапевта, очевидно, не только сохранять равновесие, но и действовать при этом так, чтобы мы оба двигались не от середины к краям, а наоборот, от краев к середине. Очень быстрое движение и ответные движения терапевта представляют собой, по-видимому, главную составляющую лечения.

Напряжение, которое я испытала во время проведения терапии, необходимость двигаться для поддержания равновесия или осуществления синтеза и терапевтические стратегии, близкие к парадоксальным техникам, которые казались необходимым дополнением к стандартным поведенческим техникам, – все это привело меня к изучению диалектической философии как возможной базисной теории или мировоззрения [1]. В терминах диалектики концы качелей представляют собой противоположности («тезис» и «антитезис»); движение к середине доски и переход на следующий уровень символизируют «синтез» противоположностей, который сразу же вновь распадается на противоположности. Этим терапевтическим отношениям между противоположностями, переданным термином «диалектический», постоянно уделяется внимание еще со времен З. Фрейда (Seltzer, 1986).

Каким бы случайным ни был первоначальный выбор названия, ориентация на диалектическую парадигму впоследствии оказала гораздо более масштабное влияние на развитие новой терапии, чем это было бы возможно за счет одного лишь жонглирования парадоксальными техниками. Таким образом, моя терапевтическая система обрела нынешнюю форму в результате взаимодействия терапевтического процесса и диалектической теории. Со временем термин «диалектический» в приложении к поведенческой терапии

стал означать два контекста употребления: один относится к основополагающим качествам действительности, другой – к убеждающему диалогу и отношениям. В качестве мировоззрения или философской парадигмы диалектика образует основу терапевтического подхода, представленного в этой книге. Альтернативное значение термина «диалектический» как формы диалога и отношений связано с терапевтической системой или применяемыми клиницистом методиками, цель которых – добиться изменений. Таким образом, костяк ДПТ составляют определенные терапевтические диалектические стратегии (подробнее о них – в главе 8).

Диалектическое мировоззрение

Диалектический взгляд на природу действительности и человеческое поведение характеризуется тремя основными особенностями.

Принцип взаимосвязанности и целостности

Во-первых, диалектика делает акцент на взаимосвязанности и целостности. Она предполагает системный взгляд на действительность. Анализ частей системы не имеет значения, если только он не учитывает отношения части к целому. Таким образом, все на свете относительно, границы между частями имеют временный характер и существуют лишь по отношению к целому; фактически именно целое определяет эти границы. Эту мысль удачно выражают Р. Левинс и Р. Левонтин.

Части и целое развиваются в результате взаимоотношений, и сами взаимоотношения развиваются. Это те свойства вещей, которые мы называем диалектическими: одна вещь не может существовать без другой, одна вещь приобретает свои свойства во взаимоотношениях с другой, свойства обеих развиваются в результате их интерпретации. (Levins & Lewontin, 1985, p. 3).

Эта холистическая точка зрения совместима как с феминистическими, так и контекстуальными взглядами на психопатологию. Такой взгляд в приложении к терапии ПРЛ заставил меня усомниться в важности изоляции, дифференциации, индивидуации и автономии, которым придается такое большое значение в культурной мысли Запада. Понятие об индивидуальном как унитарном и изолированном постепенно формировалось в течение последних нескольких столетий (Baumeister, 1978; Sampson, 1988). Поскольку женщинам диагноз «пограничное расстройство личности» ставят гораздо чаще, чем мужчинам, воздействие фактора пола на представление о собственном «Я» и адекватных межличностных границах представляет особый интерес в свете наших размышлений о ПРЛ.

И пол, и социальное положение в значительной степени определяют особенности восприятия и определения индивидом своего «Я». Женщины, подобно другим индивидам с ограниченными социальными возможностями, более склонны иметь социальное «Я» (включающее группу), противопоставляемое индивидуальному «Я» (исключающему группу) (McGuire & McGuire, 1982; Pratt, Pancer, Hunsberger, & Manchester, 1990). Важность социального «Я» для женщин освещалась многими феминистическими авторами (например, К. Гиллиган (Gilligan, 1982)). Вероятно, феминистическая позиция наиболее убедительно представлена у М. Лайкс, где «Я» – это ансамбль социальных отношений» (Lykes, 1985, p. 364). Очень важно заметить, что Лайкс и другие говорят не просто о значении взаимозависимости автономных «Я». Они скорее описывают социальное «Я», которое выступает «взаимодействующей сетью отношений, включенных в сложную систему социальных обменов и обязательств» (ibid., p. 362). Если «Я» определяется как социальное, по определению включающее другие, полностью изолированного «Я» просто не существует – т. е. нет «Я», отделенного от целого. Такое социальное «Я» или, словами Э. Сампсона, «совокупный индивидуализм» характеризует большинство сообществ как в историческом, так и в кросс-культурном плане (Sampson, 1988).

Внимание к этим контекстуальным факторам особенно важно, если такой культурный конструкт, как «Я», применяется для объяснения и описания другого культурного конструкта – такого, например, как «психическое здоровье». В то время как традиционное определение «Я» в целом может быть применимо для некоторых индивидов в западном обществе, следует иметь в виду, что наши дефиниции и теории не универсальны, а являются продуктом западной мысли, поэтому могут оказаться неадекватными для многих других индивидов. Как Хайди Херд и я писали в нашей книге (Heard & Linehan, 1993) и как я буду говорить в этой и следующей главах, проблемы, с которыми сталкиваются

индивиды с ПРЛ, отчасти могут быть результатом столкновения социального «Я» с обществом, которое признает и вознаграждает исключительно индивидуальное «Я».

Принцип полярности

Во-вторых, реальность не статична, она составлена из внутренних противодействующих сил («тезис» и «антитезис»), из интеграции которых («синтез») развивается новый набор противодействующих сил. Хотя диалектика делает акцент на целом, она также подчеркивает сложность целого. Поэтому внутри каждого объекта или системы, независимо от размера, существует полярность. В физике, например, как бы ученые ни старались найти элементарную частицу, которая служит основой всего сущего, она в конце концов оказывается сложной. В атоме имеются отрицательный и положительный заряды; на каждое действие есть противодействие, и даже мельчайшие частицы материи уравновешены античастицами.

Очень важная диалектическая идея состоит в том, что всякое утверждение содержит в себе противоположное суждение. Приведу слова К. Голдберга.

Я полагаю, что истина парадоксальна, что каждая частица истины содержит в себе противоречия, что истины находятся рядом. Противоречивые истины не обязательно исключают друг друга или доминируют друг над другом, а располагаются бок о бок, призывая к участию и экспериментированию (Goldberg, 1980, pp. 295–296).

Если вы воспримете эту идею серьезно, она может оказать довольно глубокое влияние на вашу клиническую практику. Например, в большинстве описаний ПРЛ подчеркивается патология, которая делает индивида не таким, как другие люди. Последующая терапия рассчитывается таким образом, чтобы локализовать патологию и создать условия для изменений. Диалектический же подход предполагает, что в дисфункциональном тоже есть функциональность, что искажение содержит правильность, что в разрушении можно обнаружить созидание. Именно переворачивание идеи («противоречия в истине»

превратилось в «истина в противоречиях») привело меня к некоторым важным решениям относительно формы ДПТ. Вместо того чтобы искать смысл нынешнего патологического поведения пациентов в прошлом, я начала искать и отыскивать его в настоящем. Таким образом, упомянутая идея помогла мне обрести нечто большее, чем просто эмпатическое отношение к пациентам. Сейчас ключевой составляющей ДПТ является концепция валидации. Та же идея подвела меня к конструкту «мудрого разума» – средоточию внутренней мудрости пациентов. ДПТ предполагает, что каждый индивид способен принимать мудрые решения относительно своей жизни, хотя эта способность не всегда очевидна или доступна. Поэтому терапевт, практикующий ДПТ, принимает на веру, что пациент располагает внутренним потенциалом, необходимым для изменений. Составляющие, имеющие существенное значение для личностного роста, уже присутствуют в данной ситуации. Желудь есть дерево. Воспринятая моей исследовательской группой, эта идея выразилась в ориентации на поиск той ценности, которой обладает точка зрения каждого человека, вместо отстаивания ценности собственной позиции.

Тезис, антитезис, синтез: принцип непрерывного изменения

Наконец, взаимосвязанная, противоречивая и неупростимая природа действительности в процессе изменения постоянно приводит к целостности. Именно напряжение между тезисом и антитезисом, противодействующими силами в каждой системе (положительным и отрицательным, хорошим и плохим, детьми и родителями, пациентом и терапевтом, личностью и окружением, и т. п.), приводит к изменениям. Однако новое состояние, которое следует за изменением (синтез), тоже составлено из разнонаправленных сил, поэтому изменения никогда не прекращаются. Очень важно постоянно помнить этот принцип диалектических изменений, несмотря на то что я буду довольно редко употреблять диалектические термины («тезис», «антитезис», «синтез»).

Следовательно, именно изменения (или, если хотите, «процесс»), а не структура или содержание, составляют сущность жизни. Роберт Кеган воплотил эту точку зрения в своем описании «Я» как процесса трансформации на протяжении жизни, генерированного противоречиями между стремлениями к самосохранению и самопреобразованию в личности, с одной стороны, и в системе «личность – окружение» – с другой, прерываемого временным примирением противоречий, или равновесием в развитии. Р. Кеган пишет

следующее.

Поскольку нам нужно понять, как личность созидает мир, мы также должны понять, как мир созидает личность. Анализируя позицию личности, находящейся в состоянии равновесия в развитии, мы видим не только образование нового смысла; мы видим также возможность утраты ею обретенного равновесия. В любом равновесии мы видим новый смысл конечного состояния, к которому все в конце концов идет. Мы видим в каждом новом состоянии равновесия новую точку уязвимости. Каждое состояние равновесия показывает, как организована личность, но также показывает и новую возможность утраты этой организации (Kegan, 1982, p. 114).

Диалектическая точка зрения перекликается с психодинамическим подходом, который подчеркивает неотъемлемую роль конфликта и противодействия в росте и изменении. Она также схожа с бихевиористическим подходом, который подчеркивает своеобразное единство окружения и индивида и взаимосвязь каждой из этих составляющих при генерировании изменений. Диалектика как теория изменения несколько отличается от понятия развития как самоактуализации, принятого в клиент-центрированной терапии. С этой точки зрения, каждая сущность обладает потенциалом, который будет естественно раскрываться на протяжении ее существования. «Раскрытие» не предполагает того напряжения, которое характерно для диалектического роста. Именно это напряжение производит постепенное изменение, прерываемое внезапными резкими смещениями и сдвигами.

Проводя ДПТ, терапевт направляет изменения в пациенте, в то же время осознавая, что эти изменения трансформируют также терапию и самого терапевта. Поэтому в самой терапии присутствует постоянное диалектическое напряжение между процессом изменения и результатом изменения. В каждый момент времени существует временное равновесие между попытками пациента остаться таким, как есть, без изменений, и попытками изменить себя, невзирая на сдерживающие факторы своей истории и нынешней ситуации. Переход к каждому временному состоянию стабильности часто переживается пациентом как болезненный кризис. «Всякое действительное разрешение кризиса может в конце концов подразумевать новый способ существования в мире. Однако противодействие ему весьма значительно, и оно не произойдет без участия многократных и разнообразных ситуаций обычной жизни» (ibid., p. 41). Терапевт

помогает пациенту разрешить кризис, одновременно поддерживая его попытки как самосохранения, так и самопреобразования. Контроль и руководство со стороны терапевта способствуют росту самоконтроля пациента и его самоорганизации. Забота терапевта о пациенте тесно связана с обучением пациента заботе о себе.

Диалектическое убеждение

С точки зрения диалога и отношений, «диалектика» означает изменение через убеждение и посредством использования противоречий, заложенных в терапевтических отношениях, а не формальной безликой логики. Поэтому диалектика, в отличие от аналитического мышления, личностна, она воздействует на личность в целом. Это подход, подразумевающий вовлечение человека в диалог с целью обеспечить движение. Через терапевтическое противоречие противодействующих позиций и пациент, и терапевт могут найти новый смысл в старом смысле, приближаясь, таким образом, к сути того или иного явления.

Как уже упоминалось, синтез в диалектике содержит элементы и тезиса, и антитезиса, поэтому ни одна из предыдущих позиций не может считаться «абсолютно истинной». Однако синтез всегда предполагает новый антитезис, действуя, таким образом, в качестве нового тезиса. Поэтому истина не является ни абсолютной, ни относительной; скорее, истина развивается, эволюционирует, конструируется во времени. С диалектической точки зрения, ничто не самоочевидно и ничто не изолировано от всего остального как безотносительная сущность. Смысл диалектического подхода состоит в том, чтобы никогда не принимать что-либо как окончательную истину или неоспоримый факт. Таким образом, вопрос, которым задаются и пациент, и терапевт, звучит следующим образом: «Что осталось вне нашего понимания?»

Я не имею в виду, что всякое противоречивое утверждение, например «Сейчас идет дождь и не идет дождь», будет диалектическим. Я также не говорю, что утверждение не может быть ложным или не соответствовать действительности в определенном контексте. Ложная дихотомия и ложная диалектика вполне возможны. Однако в этом случае имеет место ошибочное определение, что исключает подлинный антагонизм.

Диалектический диалог также имеет большое значение для взаимодействия терапевтического коллектива. Возможно, учет диалектических принципов может минимизировать расхождения во мнениях по поводу терапии пограничных пациентов эффективнее, чем какие-либо другие факторы. Расхождения между членами терапевтического коллектива почти во всех случаях вытекают из убеждения одного или нескольких терапевтов в том, что именно они (или только они) понимают суть определенной клинической проблемы.

Пограничное расстройство личности как диалектический сбой

В определенном смысле пограничное поведение может рассматриваться как результат диалектического сбоя.

Пограничное «расщепление»

Как уже говорилось в главе 1, пограничные и суицидальные пациенты часто мечутся между устойчивыми, но противоречивыми позициями, не будучи способными к их синтезу. Они имеют тенденцию рассматривать мир через поляризованные категории «или/или», а не «и – и», и использовать жесткую систему координат. Например, довольно обычное явление для таких индивидов – верить в то, что малейший недостаток или ошибка человека исключают возможность того, что в целом он «хороший». Жесткий когнитивный стиль таких индивидов ограничивает их способность ожидать грядущее изменение и развитие, в результате у них возникает ощущение пребывания в болезненной ситуации, которая не имеет конца. Однажды определившись, положение вещей не может измениться. Например, если человек терпит неудачу, он навсегда остается неудачником.

Подобное мышление среди индивидов с ПРЛ в психоанализе получило название «расщепления»; это понятие стало важным компонентом психоаналитической теории ПРЛ (Kernberg, 1984). Дихотомическое мышление, или расщепление, может рассматриваться как тенденция привязываться либо к тезису, либо к

антитезис у, отсюда вытекает неспособность к синтезу. Неспособность поверить в то, что и одно утверждение (например, «Я хочу жить»), и противоположное ему (например, «Я хочу умереть») могут одновременно быть истинными, характерна для суицидальных и пограничных пациентов. Расщепление, с точки зрения психодинамического подхода, представляет собой продукт неразрешимого конфликта между интенсивными отрицательными и положительными эмоциями.

Однако с диалектической точки зрения сохраняющийся конфликт представляет собой диалектический сбой. Вместо синтеза и устранения противоречий в характерном для ПРЛ конфликте имеет место противодействие прочно укоренившихся, но несовместимых позиций, желаний, мнений и т. д. Разрешение конфликта требует, во-первых, осознания этих противоположностей, затем способности подняться над ними, так сказать, видя явно парадоксальную природу обеих полюсов вместе и ни одного из них в отдельности. На уровне синтеза и интеграции, которые имеют место при преодолении полярности, кажущийся парадокс разрешается сам собой.

Трудности «Я» и идентичности

Индивиды с ПРЛ часто не могут определиться с собственной идентичностью и имеют тенденцию к поиску в своем окружении ориентиров, которые подскажут им, какими быть, что чувствовать и думать. Дезориентация может возникать вследствие неспособности чувствовать свою взаимосвязь с другими людьми, а также взаимосвязь данного момента с другими моментами времени. Такие индивиды, образно выражаясь, всегда находятся на краю пропасти. Без этих относительных «знаний» идентичность определяется относительно каждого отдельного момента в настоящем и изолированной ситуации взаимодействия; поэтому идентичность теряет стабильность и становится изменчивой и непредсказуемой. Кроме того, отсутствие связи с другими моментами времени не позволяет определять ими текущий момент. Для пациента с ПРЛ гнев со стороны собеседника в контексте определенной ситуации взаимодействия не смягчается ни другими отношениями (где он не выступает объектом отрицательных эмоций), ни другими моментами времени (когда окружающие не выражают гнева по отношению к нему). «На меня сердятся» становится бесконечной реальностью. Часть становится целым. Некоторые другие ученые указывали на важную роль памяти на аффективные события (Lumsden, 1991),

особенно межличностные (Adler, 1985), в развитии и сохранении пограничного расстройства личности. Марк Уильямс (Williams, 1991) выдвинул подобный аргумент по отношению к сбоям автобиографической памяти. Очевидно, что приоритетные события и взаимосвязи должны быть доступны для памяти, чтобы интегрироваться с актуальной ситуацией и текущим моментом времени и выполнять смягчающую функцию.

Межличностная изоляция и отчуждение

Диалектическое понятие о единстве предполагает, что индивиды не изолированы от окружения. Изоляция, отчужденность, ощущение потери контакта с окружающими – все характерные чувства индивидов с ПРЛ – представляют собой диалектические сбои, происходящие в результате установления индивидом противопоставления «Я – другой». Подобное противопоставление может иметь место даже при нарушениях самоидентичности. Зачастую индивиды с ПРЛ пытаются обрести ощущение единства и интеграции через подавление и/или неразвитие собственной идентичности (убеждений, предпочтений, желаний, установок, отдельных навыков и т. п.), а не посредством диалектической стратегии синтеза и преодоления противоречий. Индивиды с ПРЛ не могут примириться с парадоксом, состоящим в том, что человек может быть частью целого и при этом отличаться от других. Противоречие между личностью (часть) и окружением (целое) не может быть преодолено.

Концептуализация отдельных клинических случаев: диалектический когнитивно-поведенческий подход

Концептуализация отдельных клинических случаев в ДПТ обусловлена как диалектическими принципами, так и положениями когнитивно-поведенческого подхода. В этом разделе я представлю обзор нескольких характеристик когнитивно-поведенческого подхода, которые имеют важное значение для ДПТ; я также расскажу о том, чем диалектический когнитивно-поведенческий подход отличается от традиционных когнитивных, поведенческих и биологических

теорий. Более специфические теоретические положения будут рассматриваться параллельно с соответствующими стратегиями терапевтического вмешательства в ДПТ.

Определение «поведения»

Термин «поведение» в когнитивно-поведенческой парадигме имеет очень широкое значение. Сюда относится любая деятельность, функционирование или реакция человека – т. е. «все, чем занимается организм, включая деятельность и реакцию на раздражение» (Merriam-Webster Dictionary, 1977, p. 100). Физики употребляют этот термин в подобном смысле, описывая поведение молекулы; точно так же ученые говорят о поведении системы. Человеческое поведение может быть внешним, явным (т. е. публичным, поддающимся наблюдению окружающих) или скрытым (т. е. непубличным, поддающимся наблюдению только самого субъекта). Скрытое поведение в свою очередь может осуществляться внутри человеческого тела (например, спазмы мышц желудка) или вне тела, оставаясь при этом скрытым от других людей (например, когда индивид пребывает в одиночестве)[2].

Три модальности поведения

Современные когнитивно-поведенческие терапевты обычно относят поведение к одному из трех видов: моторному, когнитивно-вербальному и физиологическому. То, что большинство людей привыкли называть поведением, составляет моторное поведение; сюда относятся явные и скрытые действия и движения скелетно-мышечной системы. Когнитивно-вербальное поведение включает такие виды деятельности, как мышление, решение проблем, восприятие, представление, речь, письмо и общение с помощью жестов, а также поведение наблюдения (например, внимание, ориентирование, припоминание и обозревание). Физиологическое поведение включает деятельность нервной системы, желез и гладких мышц. Хотя физиологическое поведение обычно носит скрытый характер (например, сердцебиение), оно может быть и явным (например, плач, нервный румянец).

Здесь нужно отметить несколько моментов. Во-первых, разделение поведения на категории или модальности по сути своей произвольно и служит для удобства внешнего наблюдателя. Функционирование человека непрерывно, и каждая реакция подразумевает деятельность всей системы. Даже частично автономные поведенческие подсистемы имеют общие нейронные цепи и взаимосвязанные проводящие пути. Однако между поведенческими системами, которые в природе не изолированы, часто проводятся понятийные границы, поскольку такое разделение в какой-то мере помогает нам анализировать соответствующий процесс.

Эмоции как полносистемные реакции

Эмоции с точки зрения современной науки представляют собой интегрированные реакции всей системы. В целом форма интеграции определяется автоматически благодаря либо жестким биологическим схемам (базовые эмоции), либо повторяющемуся опыту (выученные эмоции). Эмоция, как правило, включает несколько разновидностей поведения всех трех категорий. Так, ученые рассматривают эмоции как соединение феноменологического опыта (когнитивная система), биохимических изменений (физиологическая система), а также экспрессивных и двигательных наклонностей (физиологическая и моторная системы). Сложные, комплексные эмоции могут также включать один или больше видов оценочной деятельности (когнитивная система). В свою очередь эмоции, как правило, оказывают значительное воздействие на последующее когнитивно-вербальное, физиологическое и моторное поведение. Поэтому эмоции не только являются полносистемными поведенческими реакциями, но и сами влияют на всю систему. Комплексная, системная природа эмоций сводит на нет возможность обнаружения какого-либо уникального предвестника эмоциональной дисрегуляции как в целом, так и в отношении ПРЛ. В Рим ведет множество дорог.

Равноправие модальностей поведения как причин функционирования

В отличие от биологической психиатрии и когнитивной психологии моя позиция состоит в том, что по своей сути ни одна из модальностей поведения не

доминирует как причина функционирования человека. Таким образом, в отличие от когнитивных теорий (напр., Beck, 1976; Beck at al., 1973, 1990) ДПТ не рассматривает поведенческую дисфункцию, в том числе эмоциональную дисрегуляцию, как результат непременно дисфункционального когнитивного процесса. Это вовсе не означает, что при некоторых условиях когнитивная деятельность не влияет на моторное и физиологическое поведение; многочисленные данные свидетельствуют как раз об обратном. Например, очень созвучны теме этой книги подтвержденные исследовательские данные Аарона Бека и его коллег (Beck, Brown, & Steer, 1989; Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985) о том, что на основе пессимистичных ожиданий по отношению к будущему можно прогнозировать последующее суицидальное поведение. Более того, в отличие от биологической психологии и психиатрии нейрофизиологические дисфункции в ДПТ не рассматриваются в качестве основных факторов, влияющих на поведение. Поэтому, с моей точки зрения, хотя отношения «поведение – поведение» или «система реагирования – система реагирования» и каузальные связи важны для функционирования человека, они не могут считаться более важными, чем другие связи. Самый актуальный вопрос, таким образом, обретает следующую формулировку: при каких условиях определенное поведение или модель поведения имеет место и оказывает влияние на другое поведение или его модель (Hayes, Kohlenberg, & Melancon, 1989)? Однако, по большому счету, диалектический подход не предполагает поиска простых причинно-следственных моделей поведенческого влияния. Главный вопрос, скорее, будет приближаться к формулировке, которую предложили П. Маникас и П. Секорд (Manicas & Secord, 1983): какова природа данного организма или процесса при доминирующих обстоятельствах? С этой точки зрения, события – включая поведенческие события – всегда будут результатом сложных причинных соотношений одного или многих уровней.

Система «индивид – среда»: транзактная модель

В научной литературе предлагается несколько этиологических моделей психопатологии. Самые современные теории основаны на разных версиях интерактивной модели, с точки зрения которой характеристики индивида взаимодействуют с характеристиками окружения, что дает определенный результат – в данном случае психологическое расстройство. Самая общая и распространенная концепция взаимодействия – «диатез-стрессовая модель». Данная модель предполагает, что психологическое расстройство представляет

собой результат специфической предрасположенности к определенной болезни – диатеза, проявляющегося в условиях общего или специфического «средового» стресса. Термин «диатез» обычно относится к конституциональной или биологической предрасположенности, однако более современное его значение включает любые индивидуальные характеристики, которые повышают вероятность развития того или иного расстройства у индивида. При определенной интенсивности стресса (т. е. отрицательного или неприятного «средового» раздражителя) у индивида развивается диатез-обусловленное расстройство. Индивид не может справиться с таким стрессом, что ведет к нарушению поведенческого функционирования.

В отличие от упомянутой выше концепции, диалектическая или транзактная модель предполагает, что функционирование индивида и условия окружения характеризуются постоянными интерактивностью, реципрокностью и взаимозависимостью. В рамках теории социального научения это соответствует принципу взаимного детерминизма: окружение и индивид приспосабливаются друг к другу и влияют друг на друга. Хотя индивид и испытывает на себе неизбежное влияние окружения, но и окружение подвергается воздействию индивида. Различение индивидуального человека и его окружения удобно с точки зрения образования понятий, однако в реальности их нельзя разделять. «Индивид – окружение» – это целостная система, определяющая свои составляющие и определяемая ими. Поскольку влияние взаимно, оно носит скорее транзактный, чем интерактивный характер.

С. Чесс и А. Томас (Chess & Thomas, 1986) много писали об этой модели реципрокного влияния в связи с проблемой воздействия различных характеристик темперамента детей на их семейное окружение и наоборот. Предложенное этими учеными понятие «недостаточного соответствия» как важного фактора этиологии психологической дисфункции во многом повлияло на мою теорию (подробнее об этом – ниже в данной главе).

Кроме акцента на реципрокном влиянии, транзактный подход также подчеркивает постоянную пластичность и изменчивость системы «индивид – окружение». А. Томас и С. Чесс (Thomas & Chess, 1985) назвали такую модель «гомеодинамической» в отличие от интерактивных моделей, представляющих конечное состояние индивида и окружения как разновидность «гомеостатического» равновесия.

Гомеодинамическая модель тоже имеет диалектическую сущность. Ученые приводят цитату из А. Самероффа (Sameroff, 1975, p. 290), который очень хорошо передает эту идею.

[Интерактивная модель] не подходит для того, чтобы прояснить наше понимание актуальных механизмов, которые ведут к последующим результатам. Основная причина неадекватности данной модели в том, что ни конституция, ни окружение не обязательно постоянны во времени. Каждую секунду, каждый месяц или год характеристики как ребенка, так и окружения, в котором он находится, претерпевают серьезные изменения. Более того, эти различия взаимозависимы и меняются как результат их обоюдного влияния друг на друга.

Т. Миллон (Millon, 1987a) выразил в основном ту же мысль, рассуждая об этиологии ПРЛ и тщетности попыток локализовать «причину» расстройства в виде определенного единичного события или временно?го периода.

Транзактный подход акцентирует несколько моментов, которые легко проглядеть в рамках диатез-стрессовой модели. Например, окружающие люди могут действовать таким образом, который вызовет у индивида стресс, только потому, что само окружение испытало стресс, которому подверг его данный индивид. Примером такого индивида может быть ребенок, болезнь которого требует значительных затрат финансовых ресурсов семьи, или пациент психиатрической клиники, который в ущерб другим больным требует постоянного внимания лечащего персонала ввиду своих суицидальных наклонностей. И в первом, и во втором случаях окружение функционирует с повышенной нагрузкой, что затрудняет возможность должной реакции на дальнейший стресс. Окружающие люди могут пренебречь индивидом или временно обвинить его, если к системе будут предъявляться дополнительные требования, повышающие нагрузку. Хотя система (например, семья ребенка) и сама по себе может быть предрасположена к дисфункциональной реакции, таковой можно избежать, если система не будет подвергаться стрессу со стороны данного индивида.

Транзактная модель не предполагает обязательно равной интенсивности влияния с обеих сторон. Например, некоторые генетические факторы могут быть достаточно мощными, чтобы нейтрализовать благоприятное или даже терапевтическое влияние окружения. Современные исследования

свидетельствуют о значительно более мощном влиянии генетического наследия даже на нормальные характеристики взрослого человека, чем это предполагалось ранее (Scarr & McCartney, 1983; Tellegen et al., 1988). Мы не можем сбрасывать со счетов и ситуации, воздействующие на поведение большинства индивидов, которые в них попадают, независимо от существенных стойких различий между ними (Milgram, 1963, 1964). Любой человек, какой бы высокой ни была его устойчивость к неблагоприятным средовым факторам, пострадает, если подвергнется, например, неоднократному сексуальному или физическому насилию.

Графическое представление системы «окружение – личность»

Графически система «окружение – личность» представлена на рис. 2.1. Я разработала эту модель несколько лет назад, чтобы систематизировать данные о суицидальном и парасуицидальном поведении. Слева расположен четырехугольник, символизирующий подсистему окружения. Хотя на этой схеме окружение представлено в виде четырехугольника, это сделано исключительно для того, чтобы отразить теоретические аспекты, относящиеся к суицидальному поведению. В зависимости от определенных средовых факторов, которые считаются важными для события или поведенческого паттерна, можно представить такое количество аспектов окружения, которое соответствует определенной теории.

Рис. 2.1. Социально-поведенческая модель суицидального поведения: система «окружение – личность». Из: Linehan, 1981, p. 252. © 1981 by Garland Publishing, New York. Перепечатано с разрешения

Человек на схеме включает в себя две отдельные подсистемы. Поведенческая подсистема изображена в виде треугольника, каждый из углов которого представляет одну из описанных выше модальностей поведения. Дугообразные обоюдонаправленные стрелки в каждом углу треугольника означают, что реакции в рамках каждого вида поведения саморегулирующиеся. Это

проявляется в том, что изменения в одной реакции вызывают изменения в другой. Интересно, что хотя данный аспект поведения хорошо изучен относительно физиологических реакций, саморегуляции моторно-поведенческих или когнитивно-вербальных реакций уделяли относительно мало внимания.

Другой треугольник изображает стабильные, организмические характеристики личности, которые обычно не подвергаются влиянию ни со стороны поведения индивида, ни со стороны его окружения. Эти стабильные характеристики могут, в свою очередь, оказывать существенное влияние как на окружение, так и на поведение индивида. В представленной здесь модели вершины треугольника символизируют пол, расовую принадлежность и возраст. Как и в случае с представлением окружения в виде четырехугольника, выбор треугольника достаточно условен и определяется концептуальным удобством. Пол, раса и возраст имеют важное отношение к суицидальному поведению. Представление других расстройств будет включать иной набор переменных. Например, при изучении шизофрении может потребоваться переменная наследственности.

Биосоциальная теория: диалектическая теория развития пограничного расстройства личности

Обзор

ДПТ основана на биосоциальной теории функционирования личности. Основная посылка заключается в том, что ПРЛ – это прежде всего дисфункция системы эмоциональной регуляции; она возникает в результате биологических нарушений в сочетании с определенными видами дисфункционального окружения, а также в результате их взаимодействия и взаимного наложения с течением времени. Характеристики, ассоциирующиеся с ПРЛ (подробнее об этом – в главе 1, особенно в табл. 1.2 и 1.5), представляют собой следствие основополагающей эмоциональной дисрегуляции (и, таким образом, вторичны по отношению к ней). Более того, эти же модели выступают причиной последующей дисрегуляции. Инвалидирующее[17 - Инвалидация (от англ. in – не, valid – действительный, веский) – игнорирование и непризнание окружением эмоциональных реакций индивида. Инвалидация сообщает индивиду о

неприемлемости его чувств. – Примеч. ред.] окружение способствует развитию у ребенка эмоциональной дисрегуляции; такое окружение не может обучить ребенка, как определять и регулировать свое эмоциональное возбуждение, как переносить эмоциональный дистресс и когда доверять собственным эмоциональным реакциям как отражению правильной интерпретации событий.

В зрелом возрасте индивиды с ПРЛ приобретают характеристики своего инвалидирующего окружения. Таким образом, они склонны недооценивать собственные эмоциональные переживания, обращаться к переживаниям других людей как адекватному отражению внешнего мира и чрезмерно преувеличивать легкость решения жизненных проблем. Это преувеличение неизбежно приводит к постановке недостижимых целей, неспособности использовать поощрение за небольшое продвижение к конечным целям вместо наказания и ненависти к себе за недостижение по ставленных целей. Стыд – характерная реакция на неконтролируемые и отрицательные эмоции у индивидов с ПРЛ – естественный результат воздействия социального окружения, которое «стыдит» тех, кто проявляет эмоциональную уязвимость.

Как уже говорилось в главе 1 (в несколько ином контексте), предложенная мной концепция подобна взглядам Дж. Гротштейна и его коллег (Grotstein et al., 1987), которые предположили, что пограничное расстройство личности суть расстройство саморегуляции. Под этим имеется в виду, что в основе данного расстройства лежит изначальное нарушение регуляции собственных состояний «Я», таких, например, как возбуждение, внимание, сон, бодрствование, самооценка, аффект и потребности, а также вторичных последствий такого нарушения. Как заметили Дж. Гротштейн и его коллеги, не много концепций ПРЛ интегрировали биологические и психологические факторы, образуя целостную теорию. До сих пор большинство теорий были или последовательно психологическими, или психоаналитическими (напр., Adler, 1985; Masterson, 1972, 1976; Kernberg, 1975, 1976; Rinsley, 1980a, 1980b; Meissner, 1984), или же когнитивно-поведенческими (напр., Beck et al., 1990; Young, 1987; Pretzer, in press); либо они были порождением биологической психиатрии (напр., Klein, 1977; Cowdry & Gardner, 1988; Akiskal, 1981, 1983; Wender & Klein, 1981). Формулировка Дж. Гротштейна (Grotstein, 1987) – соединение биологической психиатрии и психоаналитически-ориентированного подхода. Подобную интеграцию предложил и М. Стоун. Он удачно описал трудности, сопряженные с освоением двух широких областей, психологии и биологии, и их интеграцией в единую концепцию ПРЛ, как приближающиеся «по сложности к задаче перевода текста, составленного из арабских слов вперемешку с китайскими» (Stone, 1987, pp. 253–254).

Биосоциальная формулировка, представленная мной, основана прежде всего на экспериментальной психологической литературе. Изучая эти работы, я обнаружила множество эмпирических данных по таким разнообразным темам, как личностное и поведенческое функционирование, генетические и психологические основы поведения и личности, темперамента, основы эмоционального функционирования и средовых воздействий на поведение. Тем не менее, за редким исключением (напр., Costa & McCrae, 1986), никто не пытался применить эти данные в психологии для понимания расстройств личности. Такое положение вещей объясняется, вероятно, тем, что до нынешнего времени эмпирическим изучением расстройств личности занимались преимущественно психиатры, в то время как эмпирическое изучение поведения как такового (включая его биологические основы) было полем деятельности психологов. Две эти области знания разделяла пропасть, поскольку представители одной дисциплины мало интересовались знаниями, накопленными в другой. Эмпирически обоснованная клиническая психология, которую можно считать естественным мостиком, возникшим между двумя дисциплинами, до сих пор мало внимания уделяла (если вообще уделяла) расстройствам личности.

Пограничное расстройство личности и эмоциональная дисрегуляция

Как я уже упоминала, согласно биосоциальной теории ПРЛ прежде всего представляет собой расстройство системы эмоциональной регуляции. Эмоциональная дисрегуляция в свою очередь объясняется высокой эмоциональной уязвимостью в сочетании с неспособностью регулировать эмоции [4]. Чем больше эмоционально уязвим индивид, тем больше его потребность в эмоциональной регуляции. Вся трагедия в том, что индивиды с ПРЛ эмоционально уязвимы и в то же время не обладают нужными навыками эмоциональной модуляции, а также в том, что эти трудности коренятся в генетической предрасположенности, которая усиливается при определенных переживаниях, связанных с окружением.

Посылка относительно крайней эмоциональной уязвимости соответствует эмпирическим описаниям, разработанным в совершенно разных исследовательских школах как в отношении парасуицидальных индивидов, так

и индивидов с ПРЛ. Я провела обзор этих работ в главе 1. В совокупности эмоциональная картина как парасуицидальных, так и пограничных индивидов представляет собой хронически негативный аффективный опыт. Неспособность сдерживания неадаптивных, эмоционально обусловленных действий – это, по определению, составляющая пограничного синдрома. Внимание к аффективной дисрегуляции как аспекту ПРЛ обычно сосредоточено на континууме «депрессия– мания» (напр., Gunderson & Zanarini, 1989). Я, наоборот, использую термин «аффект» в более широком значении и предполагаю, что индивиды с ПРЛ испытывают трудности с регуляцией, которые распространяются на несколько систем (если не на все системы). Хотя высока вероятность того, что эмоциональная дисрегуляция наиболее выражена по отношению к отрицательным эмоциям, индивиды с ПРЛ, по всей видимости, испытывают трудности и с регуляцией положительных эмоций и их последствий.

Эмоциональная уязвимость

Характеристики эмоциональной уязвимости включают высокую чувствительность к эмоциональным раздражителям, эмоциональную интенсивность и медленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию. «Высокая чувствительность» означает, что индивид реагирует быстро и обладает низким порогом чувствительности, т. е. для вызова эмоциональной реакции не требуется сильного раздражителя. События, которые оставляют равнодушными большинство людей, могут беспокоить эмоционально уязвимого человека. Чувствительный ребенок эмоционально реагирует на малейшую неудовлетворенность или неодобрение. Если это взрослый человек, его может вывести из себя, например, известие о том, что терапевт уезжает за город на выходные, хотя у большинства других пациентов это не вызовет эмоциональной реакции. Чем чревата эмоциональная уязвимость для терапии? Я думаю, это очевидно. Многие терапевты и родственники больных с ПРЛ знают по опыту, что с этими индивидами приходится обращаться чрезвычайно осторожно, как с неким хрупким предметом, но даже особые меры осторожности не всегда предохраняют от болезненных чувств.

«Эмоциональная интенсивность» означает, что чувства индивидов отличаются чрезвычайной силой, их ощущение мира драматично. Недостаток этой особенности в том, что расставание, например, может вызвать глубокую, болезненную тоску; то, что для другого человека было бы легким

недоразумением, будет воспринято индивидами данной категории как крайнее унижение; раздражение может перейти в гнев; из малейшего чувства вины может развиться сильнейший стыд; опасение может вырасти в панику или непреодолимый ужас. Что касается положительной стороны, то такие индивиды могут быть идеалистами, легко влюбляются. Им легче радоваться, они восприимчивы к духовному опыту.

Некоторые исследователи обнаружили, что возрастание эмоционального возбуждения, эмоциональной интенсивности сужает диапазон внимания индивида, поэтому эмоционально значимые раздражители приобретают еще большее значение, им уделяется больше внимания и сил (Easterbrook, 1959; Bahrick, Fitts, & Rankin, 1952; Bursill, 1958; Callaway & Stone, 1960; Cornsweet, 1969; McNamara & Fisch, 1964). Чем сильнее возбуждение, чем больше эмоциональная интенсивность, тем более направленным становится внимание. С клинической точки зрения это явление можно рассматривать как характеристику исключительно индивидов с ПРЛ. Однако очень важно помнить о том, что эти тенденции не являются патологическими, они характерны для любого индивида, находящегося в состоянии чрезвычайного эмоционального возбуждения. Малочисленность теорий и исследований, посвященных эмоциям как причине когнитивных процессов (по сравнению с большим количеством теорий о когнитивных процессах как причине эмоций), может быть результатом нашего ви?дения индивидуального поведения как продукта рационального сознания (Lewis, Wolan-Sullivan, & Michalson, 1984), свойственного западной мысли.

«Медленное возвращение к исходному эмоциональному состоянию» означает, что чувства характеризуются продолжительностью. Здесь важно отметить, однако, что все эмоции относительно непродолжительны и длятся от нескольких секунд до нескольких минут. Ощущение продолжительности эмоций возникает потому, что эмоциональное возбуждение, или настроение, как правило оказывает глубокое влияние на некоторые когнитивные процессы, которые в свою очередь связаны с активацией и реактивацией эмоциональных состояний. Г. Боуэр и его коллеги (Bower, 1981; Gilligan & Bower, 1984), проработав большой объем исследовательских работ, выяснили, что эмоциональные состояния 1) избирательно воздействуют на вспоминание аффективно окрашенного материала, что выражается в явлении сверхпамяти (имеет место в случае, когда эмоциональное состояние при вспоминании соответствует таковому при предшествующем обучении); 2) повышают эффективность обучения материалу, который согласуется с определенным настроением; 3) могут влиять на интерпретации, фантазии, проекции, свободные ассоциации, личностные

прогнозы, а также социальные суждения таким образом, который соответствует нынешнему настроению. Эмоции могут, кроме того, дольше сохраняться у индивидов с ПРЛ ввиду большей интенсивности их чувств, о чем говорилось выше. При сильном эмоциональном возбуждении окружение (включая поведение терапевта) может получать избирательное внимание индивида, т. е. индивид реагирует на действия и события сообразно своему нынешнему настроению и пренебрегает другими.

Влияние настроения на когнитивные процессы обосновано с точки зрения теории эмоций как полносистемных реакций. Переживаемая эмоция интегрирует «под себя» всю систему. В некотором смысле удивительно, что эмоции вообще прекращаются, ведь эмоции, однажды активировавшись, включаются снова и снова. Медленный возврат к прежнему эмоциональному состоянию усиливает этот эффект, он также способствует высокой чувствительности к следующему эмоциональному раздражителю. Эта особенность может иметь важное значение для терапии данной категории пациентов. Индивиды с ПРЛ нередко признаются, что им требуется несколько дней, чтобы восстановиться после психотерапевтического сеанса.

Эмоциональная модуляция

Исследования эмоционального поведения свидетельствуют о том, что эмоциональная регуляция требует двух несколько парадоксальных стратегий. Индивид должен сначала научиться переживать и идентифицировать отдельные эмоции, жестко интегрированные в нейропсихологическую, поведенческо-экспрессивную и сенсорно-чувственную системы. Затем индивид должен научиться ослаблять эмоционально-значимые раздражители, которые либо реактивируют, либо усиливают имеющиеся отрицательные эмоции, или же научиться компенсировать вторичные дисфункциональные эмоциональные реакции. Как только интенсивная эмоция активируется, индивид должен суметь сдержать или помешать активации соответствующих его настроению образов, мыслей, оценок, ожиданий и действий.

Базовые эмоции мимолетны и в целом адаптивны (Eckman, Friesen, & Ellsworth, 1972; Buck, 1984). Постоянное сдерживание или прерывание отрицательных эмоций имеет, по-видимому, ряд дисфункциональных последствий. Во-первых,

сдерживание может привести к игнорированию ситуации, вызывающей данные эмоции. Индивид, который никогда не испытывает гнев из-за несправедливости, вряд ли сможет запомнить несправедливые ситуации. Индивид может снова и снова попадать в чрезвычайно опасные ситуации, если он не испытывает связанного с опасностью страха. Индивид может испортить отношения с окружающими, если он сдерживает стыд, не позволяя эмоциям корректировать свое асоциальное поведение.

Во-вторых, сдерживание или прерывание отрицательных эмоций способствует эмоциональному избеганию. Если индивид научился вторичной эмоциональной реакции на отрицательные эмоции, сдерживание первичной эмоции лишает шансов на переучивание. Эта парадигма подобна парадигме научения избеганию. Животные, обученные избегать клетки с помощью электрошока, перестанут входить в клетку, даже если отключить электрический ток, а для переучивания они непременно должны снова войти в клетку. Инвалидирующее семейное окружение (его я опишу позже) весьма напоминает электрошоковую терапию. Индивиды с ПРЛ научаются избегать негативных эмоциональных раздражителей; у них развивается боязнь отрицательных эмоций. Однако без негативных переживаний индивид не сможет научиться переносить эмоции и не узнает о том, что выражение отрицательных эмоций не сопровождается наказанием.

В-третьих, нам просто неизвестны долгосрочные последствия сдерживания и прерывания эмоций. Этот вопрос остро нуждается в изучении. Есть некоторые данные, свидетельствующие о том, что эмоциональные переживания и катарсис ведут к менее стрессовым негативным эмоциональным состояниям. Существуют также доказательства того, что эмоциональный катарсис скорее повышает эмоциональность, чем снижает (обзор этих исследований см. в: Bandura, 1973). При каких условиях эмоциональное переживание способствует прогрессу терапии, а не мешает ему – важный вопрос, которому до сих пор не уделяли должного внимания.

Джон Готтман и Линн Катц (Gottman & Katz, 1990) выделили четыре вида процессов или способностей эмоциональной модуляции. Сюда относятся следующие способности: 1) сдерживания неадекватного поведения, связанного с сильным негативным или позитивным аффектом; 2) саморегуляции физиологического возбуждения, связанного с аффектом; 3) перенаправления внимания в присутствии сильного аффекта; 4) самоорганизации для координированных действий ради достижения внешней, не привязанной к

настроению цели.

Принцип изменения, или модулирования, эмоциональных переживаний посредством изменения эмоционально зависимого поведения или сопротивления ему выступает одним из важнейших принципов, лежащих в основе экспозиционных техник поведенческой терапии. Помимо непосредственного повышения степени эмоциональности, неадекватное, привязанное к настроению поведение обычно ведет к последствиям, которые вызывают другие нежелательные эмоции. Координированные действия, служащие достижению той или иной внешней цели, обеспечивают жизненный прогресс. Таким образом, подобное поведение обладает долгосрочным потенциалом повышения положительных эмоций, снижения стресса и, соответственно, снижения эмоциональной уязвимости. Кроме того, такие действия выступают противоположностью привязанного к настроению поведения. Это один из примеров того, как действия человека могут изменить его эмоциональное состояние. Подробнее об этих принципах говорится в главе 11.

Воздействие на эмоции посредством изменения уровня физиологического возбуждения – принцип, лежащий в основе некоторых терапевтических стратегий изменения эмоций, таких как разновидности релаксационной терапии (включая десенситизацию), применение определенных медикаментов и обучение дыхательным техникам при терапии панических расстройств. Способность модулировать связанное с аффектом психологическое возбуждение означает, что индивид способен не только снизить сильное возбуждение, связанное с некоторыми эмоциями – такими, например, как гнев и страх, – т. е. успокоиться, но и повысить слабое возбуждение, связанное с другими эмоциями – такими, например, как грусть и подавленность (т. е., образно выражаясь, «встряхнуться»). Обычно для этого требуется способность заставить себя произвести действие, даже вопреки настроению. Например, одна из основных техник в когнитивной терапии при лечении депрессии – составление плана действий и его выполнение.

Многие ученые подчеркивали важную роль контролирования внимания как способа регуляции контакта с эмоциональными раздражителями (напр., Derryberry & Rothbart, 1984, 1988). Перенос внимания на положительный раздражитель может поддержать или повысить действующее существующее возбуждение и положительные эмоции; перемещение внимания в сторону от отрицательного раздражителя может ослаблять или ограничивать отрицательное возбуждение и отрицательные эмоции. Таким образом,

индивиды, способные контролировать направленность внимания и перемещать его – два взаимосвязанных, но разных процесса (Posner, Walker, Friedrich, & Rafal, 1984), – имеют преимущество в регуляции своих чувств.

Индивидуальные различия в контроле внимания очевидны еще в раннем возрасте (Rothbart & Derryberry, 1981) и проявляются у взрослых в форме устойчивых характеристик темперамента (Keele & Hawkins, 1982; Derryberry, 1987; McLeod, Mathews, & Tata, 1986). Этот момент представляет особый интерес в свете данных, свидетельствующих о половых различиях в реакциях внимания под воздействием стресса (Nolen-Hoeksema, 1987). Так, было сделано заключение, что у женщин, по крайней мере в состоянии депрессии, наблюдаются более связанные с мыслями реакции внимания, чем у мужчин. Мысли на тему своего подавленного состояния в свою очередь генерируют депрессивные объяснения причин такого состояния, которые еще больше усугубляют депрессию и приводят к большей беспомощности перед будущими проблемами (Diener & Dweck, 1978). И наоборот, мужчины более склонны прибегать к отвлекающим действиям, которые нейтрализуют депрессивное состояние. Представляется вполне разумным выдвинуть гипотезу о том, что неспособность отвлечься от негативных, эмоционально значимых раздражителей может быть важной частью эмоциональной дисрегуляции, характерной для индивидов с ПРЛ, каковыми, как уже упоминалось, являются преимущественно женщины.

Биологические основы

Механизмы эмоциональной дисрегуляции в ПРЛ непонятны, однако проблемы реактивности лимбической системы и контроля внимания могут иметь важное значение. Система эмоциональной регуляции характеризуется сложностью, однако есть основания полагать, что дисфункция выступает результатом действия некоего общего фактора у всех индивидов с ПРЛ. Биологические причины могут предположительно образовывать диапазон от генетического влияния и неблагоприятных внутриутробных событий до средовых воздействий на развитие мозга и нервной системы в раннем детстве.

Р. Каудри и соавторы (Cowdry et al., 1985) сообщают о данных, свидетельствующих о возможности низкого порога активации лимбических

структур у некоторых индивидов с ПРЛ, соотнося систему мозга с функцией эмоциональной регуляции. В частности, Р. Каудри и его коллеги замечают точки пересечения у симптомов парциальных приступов, эпизодических нарушений контроля и ПРЛ. Положительный эффект противосудорожных препаратов (carbamasepine) на индивидов с ПРЛ, нейрофизиологическую область воздействия которых составляет лимбическая зона, служит еще одним доказательством этому (Gardner & Cowdry, 1986, 1988).

Другие исследователи сообщают, что у пациентов с ПРЛ наблюдалось значительно больше случаев электроэнцефалографической дисритмии, чем у пациентов контрольной группы, страдающих депрессией (Snyder & Pitts, 1984; Cowdry et al., 1985). П. Андрулонис и его коллеги (Andrulonis et al., 1981; Akiskal et al., 1985a, 1985b) пытались привязать неврологически обусловленные дисфункции к ПРЛ. Однако в своих экспериментах они не использовали контрольные группы, поэтому их результаты трудно интерпретировать. Наоборот, Дж. Корнелиус и его соавторы (Cornelius et al., 1989) провели обзор нескольких исследований, в которых индивиды с ПРЛ сравнивались с пациентами, проявляющими симптомы других психических расстройств. Они были уравнены по характеристикам электроэнцефалограммы; отсутствию отягощенной наследственности (умственной отсталости, эпилепсии или неврологических расстройств); результатам выполнения батареи тестов, применяющихся для оценки основных сфер когнитивного функционирования; истории нейрологического развития. Интересен тот факт, что Корнелиус и его соавторы действительно сообщают о данных, свидетельствующих о раннем возникновении паттернов пограничного поведения у индивидов с ПРЛ. Например, вспышки раздражения, катание по полу и удары головой о стену чаще наблюдались у тех детей, которым позже ставили диагноз «пограничное расстройство личности», чем у детей, у которых позже обнаруживалась депрессия или шизофрения.

Еще одна стратегия исследования, предназначенная для обнаружения влияния на поведение биологических факторов, – сравнение различных поведенческих дисфункций у членов семьи индивидов с ПРЛ. При изучении характеристик ближайших родственников индивидов с ПРЛ был обнаружен более высокий по сравнению с другими категориями процент аффективных расстройств (Akiskal, 1981; Andrulonis et al., 1981; Baron, Gruen, Asnis, & Lord, 1985; Loranger, Oldham, & Tulis, 1982; Pope et al., 1983; Schulz et al., 1986; Soloff & Millward, 1983; Stone, 1981), а также тесно связанных с ними черт личности, например гистрионических[18 - Гистрионизм (от лат. histrio – актер) – театральное поведение больных истерией с присущими им чертами эгоцентризма,

эмоциональной неустойчивости, повышенной внушаемости и реактивности, склонности к драматизации. Гистрионизм проявляется сильной эмоциональной экспрессией в мимике, пантомимике, речевых интонациях, повышенной вокализацией. – Примеч. ред.] и антисоциальных характеристик (Links, Steiner, & Huxsley, 1988; Loranger et al., 1982; Pope et al., 1983; Silverman et al., 1987), и симптомов пограничного расстройства личности (Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1988), чем среди родственников пациентов контрольных групп. Однако многие другие исследователи не смогли найти подобные связи, когда проводился контроль всех значимых характеристик (см. обзор в: Dahl, 1990). Такое исследование, проведенное С. Торгерсеном (Torgersen, 1984), говорит скорее о психосоциальной модели передачи заболевания, чем генетической. Почти не проводились исследования, направленные на установление связей между характеристиками темперамента индивидов с ПРЛ и сведениями о генетической и биологической этиологии данных свойств темперамента. Такое исследование крайне необходимо.

Однако и другие факторы, кроме генетических, могут быть в равной мере важны для нейрофизиологического функционирования, особенно в системе эмоциональной регуляции. Мы знаем, например, что характеристики внутриутробной среды могут иметь решающее значение для развития плода. Более того, эти характеристики влияют на будущие поведенческие паттерны индивидов. Достаточно привести несколько примеров, чтобы обосновать это утверждение. Фетальный алкогольный синдром, который характеризуется задержкой умственного развития и гиперактивностью, импульсивностью, отвлекаемостью, раздражительностью, замедленным развитием и нарушениями сна ребенка, – результат того, что беременная женщина злоупотребляла алкоголем (Abel, 1981; 1982). Подобные дисфункции регулярно отмечаются у грудных детей наркоманок (Howard, 1989). Накапливается все больше свидетельств того, что стрессовое воздействие со стороны окружения, испытываемое беременной женщиной, может оказать отрицательное влияние на развитие ребенка в будущем (Davids & Devault, 1962; Newton, 1988).

Переживания постнатального периода также могут иметь важные биологические последствия. Установлено, что радикальные события и условия окружения могут модифицировать нейронные структуры (Donnenberg, 1981; Greenough, 1977). Нет причин сомневаться в том, что нейронные структуры и функции, относящиеся к эмоциональному поведению, также могут испытывать подобное воздействие от контактов с окружением (см. обзор в: Malatesta & Izard,

1984). Взаимосвязь между травмой, вызванной окружением, и эмоциональной регуляцией особенно очевидна, если учесть распространенность опыта перенесенных в детском возрасте сексуальных домогательств среди пациенток с ПРЛ (об этом я буду говорить в другом разделе этой же главы).

Пограничное расстройство личности и инвалидирующее окружение

Характеристики темперамента у взрослых индивидов с ПРЛ весьма схожи с портретом «трудного ребенка», предложенным А. Томасом и С. Чессом. На основании своих исследований характеристик темперамента у детей до семи лет ученые определили трудных детей как «группу с нерегулярными биологическими функциями, негативными реакциями отчуждения на новые раздражители, отсутствием приспособляемости или медленной приспособляемостью к изменениям и интенсивными проявлениями настроения, которые зачастую носят отрицательный характер» (Thomas & Chess, 1985, p. 219). Эта группа в данном исследовании составляла примерно 10 % выборки. Очевидно, однако, что не у всех детей с «трудным характером» впоследствии развиваются симптомы ПРЛ. Хотя у большинства детей (70 %), которых изучали С. Чесс и А. Томас (Chess & Thomas, 1986), в школьные годы наблюдались расстройства поведения, состояние большинства из них улучшилось или нормализовалось в юношеском возрасте. Кроме того, как указывают С. Чесс и А. Томас, «трудный характер» может со временем развиться у детей, у которых изначально его не было.

А. Томас и С. Чесс предположили, что «достаточное соответствие», так же как и «недостаточное соответствие» ребенка окружению существенно важны для понимания последующего поведенческого функционирования. Достаточное соответствие имеет место, когда свойства окружения, в котором находится ребенок, его ожидания и требования согласуются с возможностями, характеристиками и стилем поведения ребенка. В результате развитие и поведенческое функционирование протекают оптимально. И наоборот, недостаточное соответствие имеет место, если возникают несообразности и дисгармония между возможностями и требованиями окружения, с одной стороны, и возможностями и характеристиками ребенка – с другой. В этих случаях возникают неадаптивные функции и искаженное развитие (Thomas & Chess, 1977; Chess & Thomas, 1986). Именно это понятие «недостаточного

соответствия» я считаю ключевым для понимания развития ПРЛ. Однако какой именно тип окружения вызовет «недостаточное соответствие», ведущее к развитию данного расстройства? Я полагаю, что инвалидирующее окружение с высокой вероятностью приведет к развитию у последнего ПРЛ.

Характеристики инвалидирующего окружения

Инвалидирующее окружение – это такое окружение, в котором выражение индивидом своих эмоциональных переживаний сталкивается с переменчивыми, неадекватными и обостренными реакциями. Другими словами, чувства индивида не признаются или игнорируются его окружением; за ними часто следует наказание. Переживание болезненных эмоций, а также события, которые кажутся индивиду причиной его эмоционального дистресса, игнорируются. Интерпретации индивидом своего собственного поведения, включая переживание намерений и мотиваций, связанных с поведением, отвергаются.

Инвалидация окружением чувств индивида имеет две основные особенности. Во-первых, пациенту дают понять, что он ошибается как в описании, так и в анализе своих собственных переживаний, особенно в представлениях о причинах своих эмоций, убеждений и действий. Во-вторых, переживания приписываются социально неприемлемым характеристикам или чертам личности индивида. Окружение может настаивать на том, что индивид испытывает то, в чем не признается («Ты разгневана, просто не хочешь в этом признаться»); что индивид предпочитает или любит то, о чем не говорит (вспомним ставшее почти афоризмом выражение: «Если женщина говорит «нет», она имеет в виду «да»»); что индивид сделал то, от чего отказывается. Выражение отрицательных эмоций может приписываться таким чертам, как гиперактивность, гиперсензитивность, паранойя, искаженное восприятие событий или неспособность к установлению положительных отношений. Поведение, влекущее непреднамеренные негативные последствия для окружающих, может объясняться враждебными мотивами или манипуляцией. Неудача или любое отклонение от норм социального успеха приписывается недостатку мотивации или дисциплины, недостаточным усилиям и т. п. Позитивные убеждения и планы действий, выражение положительных эмоций могут подобным образом не признаваться окружением или приписываться недостаточной проницательности, наивности, идеалистичности и инфантильности индивида. В любом случае личные переживания и эмоции

индивида не считаются адекватными реакциями на события.

Инвалидирующее окружение обычно нетерпимо к проявлениям отрицательных эмоций, по крайней мере тогда, когда такие проявления не сопровождаются общественными событиями, санкционирующими соответствующие реакции. В целом такая позиция весьма напоминает ситуацию, когда утопающий должен сам себя вытащить за волосы – нужно только постараться, и ты все сможешь. Не смог – значит, не старался. Высоко ценятся индивидуальное мастерство и личные достижения, по крайней мере это касается эмоционального контроля и ограничения требований к окружению. Члены инвалидирующего окружения зачастую энергично пропагандируют свою точку зрения и активно выражают неудовлетворенность в связи с неспособностью пациента разделять их взгляды. Большое значение придается тому, чтобы быть счастливым или, по крайней мере, уметь рассмеяться в лицо трудностям; вере в свою способность достичь любой цели или, по крайней мере, умению «не пасовать» перед безнадежными ситуациями; и, больше всего, роли «положительного настроя» в преодолении любых преград. Неспособность соответствовать этим ожиданиям ведет к порицанию, критике и попыткам окружающих изменить (даже насильно) «неадекватные» установки. Требования, которые в свою очередь индивид может предъявить к окружению, обычно весьма ограничены.

Данная модель напоминает концепцию «выраженной эмоции», имеющей место у родственников как депрессивных индивидов, так и шизофреников с высоким процентом рецидивов (Leff & Voughn, 1985). Исследование «выраженной эмоции» свидетельствует о том, что подобная семейная констелляция может оказывать чрезвычайно мощное воздействие на уязвимого индивида. «Выраженная эмоция» в упомянутой выше работе относится к критике и чрезмерному вовлечению. Понятие, о котором идет речь в этой книге, включает два этих аспекта, но, кроме того, подчеркивает непризнание действительного состояния индивида. В результате окружающие, в том числе родители или другие лица, заботящиеся об индивиде, не только не признают его переживаний, но и нечувствительны к его потребностям.

Несколько примеров из клинической практики помогут вам лучше понять эту идею. Во время встречи с членами семьи пациентки, которая страдала алкоголизмом и часто совершала серьезные суицидальные попытки, ее сын заметил, что она могла бы просто «плюнуть на все проблемы», как это делают он, его брат и отец. Большое количество пациентов, задействованных в моем исследовательском проекте, рассказывали, что родители активно разубеждали

их в необходимости обращения к терапевту. Одна 18-летняя пациентка, которая несколько раз проходила стационарное лечение, предприняла множество парасуицидальных попыток, страдала гиперактивностью и дислексией[19 - Дислексия (греч. dys – нарушение функции, рассогласование, lexis – речь, слово) – расстройство развития способности к чтению. – Примеч. ред.]

Конец ознакомительного фрагмента.

notes

Сноски

1

От англ. pattern – повторяющийся узор, орнамент, выкройка. – Примеч. ред.

2

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.

3

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.

4

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.

5

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

6

Последней редакцией «Диагностического и статистического руководства по психическим болезням» является DSM-IV-TR (2000). – Примеч. ред.

7

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.

8

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

9

Взято из: «The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Diso rders» 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.

10

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.

11

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

12

* 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 психогенный характер.

13

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.

14

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

15

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.

16

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

17

Инвалидация (от англ. in – не, valid – действительный, веский) – игнорирование и непризнание окружением эмоциональных реакций индивида. Инвалидация сообщает индивиду о неприемлемости его чувств. – Примеч. ред.

18

Гистрионизм (от лат. histrio – актер) – театральное поведение больных истерией с присущими им чертами эгоцентризма, эмоциональной неустойчивости, повышенной внушаемости и реактивности, склонности к драматизации. Гистрионизм проявляется сильной эмоциональной экспрессией в мимике, пантомимике, речевых интонациях, повышенной вокализацией. – Примеч. ред.

19

Дислексия (греч. dys – нарушение функции, рассогласование, lexis – речь, слово) – расстройство развития способности к чтению. – Примеч. ред.

Купить: https://tellnovel.com/laynen_marsha/kognitivno-povedencheskaya-terapiya-pogranichnogo-rasstroystva-lichnosti

надано
Прочитайте цю книгу цілком, купивши повну легальну версію: Купити