

Я ненавижу тебя, только не бросай меня.

Пограничные личности и как их понять

Автор:

Хэл Крейсман

Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять

Хэл Страус

Джерольд Крейсман

Сам себе психолог (Питер)

Близкий вам человек периодически становится невыносимым? Требуется от вас невозможного? Его настроение меняется на противоположное в течение пяти минут? Если вы или ваши близкие страдаете резкими перепадами настроения – от эйфории до жгучей ненависти, переживаете сильную зависимость от близких, тогда, возможно, это признаки заболевания, которое необходимо корректировать. Из этой книги вы узнаете, как помочь ему и себе сохранить отношения, как жить полной жизнью членам семьи, чей родственник страдает пограничным личностным расстройством.

На данный момент это лучшая книга о пограничных расстройствах личности. Она подскажет вам, как жить и общаться с человеком, который находится в таком состоянии.

Джерольд Крейсман, Хэл Страус

Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять

Jerold J. Kreisman

Hal Straus

Understanding the Borderline Personality

© All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This edition published by arrangement with Tarcher Perigee, an imprint of Penguin Publishing Group, a division of Penguin Random House LLC.

Copyright © 2010 by Jerold J. Kreisman, MD, and Hal Straus

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2017

© Издание на русском языке, оформление ООО Издательство «Питер», 2017

© Серия «Сам себе психолог (твердый переплет)», 2018

* * *

По-прежнему посвящается Дуди, как и все остальные книги

Благодарности

Работа над этим новым изданием потребовала немалой помощи и терпения. Огромную поддержку нам оказал Брюс Сеймур из Goodeye Photoshare (goodeye-photoshare.com), посвятивший массу времени и сил техническим деталям подготовки рукописи. Еще один наш дорогой друг, Юджин Хоровитц, справлялся с раздражающими компьютерными неполадками. Мои секретари Дженнифер Джейкоб и Синди Фридли помогали в сборе статей и книг, включенных в эту работу. Линн Клиппель, энергичный библиотекарь в Центре здоровья ДеПола, добывала полезные ссылки.

Огромное терпение проявили мои партнеры и сотрудники Альянса поведенческих аналитиков Сент-Луиса, развязавшие мне руки для выполнения моей задачи. Моя жена Джуди, мои дети Дженни, Адам, Бретт, Алисия и малыши Оуэн и Одри, а также Пока Безымянный Персонаж отважно согласились пропустить несколько игр в мяч, пару походов в театр и массу сеансов в кино, пока я предавался исследованиям и работе в солнечные послеобеденные часы.

Мы хотели бы выразить благодарность нашему агенту Даниэль Иган-Миллер из Browe & Miller Literary Associates, а также Джону Даффу и Джанетт Шоу – нашим издателю и редактору, работающим соответственно в Perigee/Penguin. Все они сыграли большую роль в формировании материала этой книги.

Предисловие

Когда в 1989 году вышло первое издание книги «Я тебя ненавижу, только не бросай меня», широкой публике было доступно крайне мало информации о пограничном расстройстве личности (ПРЛ). Исследования причин ПРЛ и методов его лечения находились в начальной фазе своего развития. Несколько статей, появившихся в массовых журналах к тому времени, лишь туманно очерчивали суть этого расстройства, начинающего понемногу проникать в «коллективное сознание американцев». Что же касается пациентов с ПРЛ, их родных и друзей, то для них и вовсе не существовало никакой информации. Реакция на нашу книгу как в Америке, так и за рубежом, где она вышла в переводах на другие языки, была в высшей степени положительной. По-видимому, мне удалось осуществить свое намерение: издать труд, доступный широкой публике, но одновременно полезный и для профессионалов благодаря хорошему списку литературы.

Без преувеличения можно сказать, что в этой области за последние 20 лет произошли колоссальные сдвиги. С тех пор появилось еще несколько книг о ПРЛ, в том числе и наша работа «Иногда я веду себя как сумасшедший» (2004), описывающая эту болезнь с точки зрения затронутых ею людей, их близких и лечащих врачей. Наши знания расширялись в геометрической прогрессии благодаря лучшему пониманию этиологии заболевания, его биологических, генетических, психологических и социальных последствий, а также подходов к лечению. Так что главная задача, стоявшая перед нами во время подготовки

второго издания книги, заключалась в том, чтобы подчеркнуть и объяснить важнейшие новшества, предоставить полезную информацию со ссылками для профессионалов и сделать все это так, чтобы текст мог по-прежнему служить увлекательным введением в ПРЛ для обычных людей. Для достижения этого баланса некоторые главы нужно было лишь немного обновить, в то время как другие, и особенно те, что касаются возможных биологических и генетических корней синдрома, пришлось практически переписать заново, чтобы включить в них выводы новейших исследований. Кроме того, специфические психотерапевтические подходы и медикаментозные методы лечения продвинулись так далеко, что возникла необходимость включить в книгу новые главы. Это издание по-прежнему опирается на реальные примеры, чтобы дать читателю понимание того, как выглядит жизнь для человека с ПРЛ и для окружающих его людей, хотя нам и пришлось несколько подкорректировать фон этих историй, чтобы отразить изменения в американском обществе, произошедшие на рубеже веков. Пожалуй, самое заметное обновление по сравнению с первым изданием заключается в общем тоне: два десятилетия назад прогноз для пациентов по понятным причинам был скорее безрадостным, сегодня же (как нам позволяют судить многочисленные лонгитюдные исследования) он выглядит куда более позитивно.

Тем не менее, пересматривая предисловие к первому изданию, мы вынуждены не без грусти признать, что, даже несмотря на такой прогресс, непонимание и особенно стигматизация пограничных личностей все еще часто встречаются в нашей жизни. ПРЛ остается болезнью, продолжающей смущать широкую публику и пугать многих профессионалов. Совсем недавно, в 2009 году, в статье в Time сообщалось, что «больше всего психологи боятся пограничных расстройств» и «многие психотерапевты понятия не имеют, как [их] лечить». Как заметила Марша Лайнен, ведущий эксперт по ПРЛ, «люди с ПРЛ в психологии – это аналог пациентов с ожогами третьей степени. Грубо говоря, у них попросту отсутствует эмоциональный кожный покров. Даже малейшее касание или движение может причинить им невообразимые страдания»[1 - Здесь и далее примечания к главам можно скачать по ссылке: <https://goo.gl/v1jExS>.][2 - John Cloud, “Minds on the Edge,” Time (January 19, 2009): 42–46.]. Тем не менее развитие специальных методов терапии и медикаментозного лечения этого расстройства (см. главы 8 и 9) позволило несколько облегчить тяготы болезни для пациентов, и, быть может, еще более важно то, что по сравнению с 1989 годом осведомленность публики о ПРЛ заметно выросла. Как вы увидите в разделе «Полезные ресурсы» в конце этого издания, число книг, веб-сайтов и групп поддержки значительно увеличилось. Вероятно, самое очевидное проявление общественного признания можно было наблюдать в 2008 году, когда

конгресс объявил май «Месяцем осведомленности о пограничном расстройстве личности».

Однако перед нами все еще стоит целый ряд крупных проблем, особенно финансовых. Компенсации за когнитивные медицинские услуги по-прежнему неприлично и непропорционально малы. За час психотерапии большинство страховых компаний (как и федеральная программа Medicare) выплачивают менее 8 % суммы, предусмотренной за мелкие оперативные вмешательства с амбулаторным наблюдением, такие как пятнадцатиминутная операция по удалению катаракты. Исследования ПРЛ также явно проводятся в недостаточном количестве. Риск заболевания в течение жизни среди населения для ПРЛ вдвое выше, чем для шизофрении и биполярного расстройства, вместе взятых, однако Национальный институт психического здоровья (NIMH) выделяет на исследования ПРЛ менее 2 % субсидий, положенных на эти не столь распространенные заболевания[3 - John G. Gunderson, "Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis," *American Journal of Psychiatry* 166 (2009): 530–539.]. Поскольку наша страна стремится контролировать расходы на здравоохранение, мы должны понимать, что инвестиции в исследования в итоге будут вкладом в улучшение здоровья нации и, таким образом, снизят затраты на здравоохранение в долгосрочной перспективе. Но для этого нужно будет пересмотреть приоритеты распределения ограниченных ресурсов и признать, что нормирование субсидий может повлиять не только на качество оказания помощи, но и на прогресс в лечении.

Среди профессионалов и других читателей многие доброжелательно отзывались об оригинальном издании как о «классике» в этой области. Два десятилетия спустя мы были только рады пересмотреть нашу работу и добавить в нее объемные сведения, накопленные за этот период. Я надеюсь, обновленный и освеженный, наш труд поможет нам сыграть хотя бы незначительную роль в устранении недопонимания и в прекращении стигматизации больных ПРЛ, а также сохранить честь повсеместно считаться первоисточниками по этой проблеме.

Доктор Джерольд Дж. Крейсман

Примечание для читателя

Большинство книг на темы, связанные со здоровьем, написаны на основе указаний по стилю (см., например, «Руководство по публикациям» Американской психологической ассоциации), разработанных, чтобы минимизировать стигматизацию той или иной болезни и сформулировать политкорректные гендерные определения. В частности, не поощряется определение индивида по его заболеванию (например, «шизофреник обычно имеет...»); речь должна идти о человеке, у которого проявляются симптомы заболевания (например, «пациент с диагнозом “шизофрения” обычно имеет...»). Также рекомендуется избегать гендерно окрашенных местоимений; вместо этого применяются безличные конструкции или сочетания «он/она, его/ее».

Хотя эти рекомендации похвальны во многих отношениях, они усложняют чтение. И хотя мы решительно не приемлем неуважение и дегуманизацию, которые могут проявляться в определении людей по их диагнозу («Глянь на того язвенника в соседней палате!»), мы все же решили для большей ясности и доступности иногда применять такие описания. Так, мы используем термин «пограничная личность» как сокращение более точного определения: «человек, проявляющий симптомы, присущие диагнозу “пограничное расстройство личности”, определенному в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации, 4-е издание, пересмотренный текст (DSM-IV-TR)». По той же причине мы используем разные личные местоимения на протяжении книги, предпочитая не обременять читателя конструкциями «он/она, его/ее». Мы верим, что читатели простят нам эту вольность в обхождении с текстом ради его упрощения.

Глава 1. Мир пограничной личности

Все выглядело и звучало нереально. Ничто не было тем, чем являлось на самом деле. Вот чего я хотел – побыть наедине с собой в другом мире, где правда обманчива, а жизнь может спрятаться от себя.

Юджин О’Нил. Долгий день уходит в ночь

Доктор Уайт думал, что все будет довольно просто. За те пять лет, что он наблюдал Дженнифер, у нее редко случались проблемы со здоровьем. Ее

жалобы на желудок он поначалу считал следствием гастрита и лечил ее антацидами. Но, когда боли в животе усилились, несмотря на лечение, а обычные исследования показали, что все в норме, он направил Дженнифер в больницу.

После тщательного медицинского обследования доктор Уайт поинтересовался у Дженнифер, испытывает ли она стресс на работе и дома. Она сразу призналась, что ее работа на должности менеджера по персоналу в крупной компании довольно тяжела, но добавила, что «у многих людей нервная работа». Дженнифер также рассказала, что ее семейная жизнь в последнее время стала более напряженной: она старалась помогать мужу с его юридическими делами, ежедневно исполняя обязанности матери. Однако она сомневалась, что эти факторы могут быть как-то связаны с ее болями.

Когда доктор Уайт порекомендовал Дженнифер обратиться за психологической консультацией, она поначалу сопротивлялась. Только после того как дискомфорт перерос в острые приступы боли, она нехотя согласилась сходить к психиатру, доктору Грею.

Через несколько дней они встретились. Дженнифер была симпатичной блондинкой и выглядела моложе своих 28 лет. Она лежала в кровати в больничной палате, превратившейся из бездушного помещения в уютное гнездышко. Рядом с пациенткой на постели сидел плюшевый зверь, а еще один лежал на тумбочке неподалеку от фотографий мужа и ребенка. Открытки с пожеланиями скорейшего выздоровления были аккуратно расставлены на подоконнике в линию, обрамленную цветочными композициями.

Поначалу Дженнифер вела себя совершенно нормально, отвечая на все вопросы доктора Грея с крайней серьезностью. Потом она пошутила про то, что новая работа ее «довела до мозгоправа». И чем больше она говорила, тем печальнее становилась. Ее голос стал менее властным и приобрел детские нотки.

Она рассказала врачу, что повышение по службе предполагало новые обязанности и требования, заставляя ее чувствовать себя неуверенно. Ее пятилетний сын начал ходить в школу, и этот отрыв друг от друга давался им нелегко. Она все чаще конфликтовала с Алланом, своим мужем. Упомянула она и резкие смены настроения и проблемы со сном. У нее постепенно ухудшался аппетит, она теряла в весе. Концентрация, энергия и сексуальное влечение – все это сходило на нет.

Доктор Грей рекомендовал ей попробовать принимать антидепрессанты, которые улучшили положение с желудочными болями и, казалось, нормализовали режим сна. Через несколько дней Дженнифер была готова к выписке и согласилась продолжить амбулаторное лечение.

На протяжении последующих недель Дженнифер все больше говорила о своем воспитании. Она была дочерью видного бизнесмена и его жены, светской львицы, и выросла в маленьком городе. Ее отец, староста при местной церкви, требовал от дочери и двух ее старших братьев совершенства во всем, постоянно напоминая детям, что община следит за их поведением. Оценки Дженнифер, ее поступки, даже ее мысли никогда не были для него достаточно хороши. Она боялась отца и все же постоянно – и безуспешно – пыталась снискать его одобрение. Ее мать оставалась пассивной и отстраненной. Родители часто оценивали ее товарищей, нередко называя их дурной компанией. В результате этого у нее было мало друзей и еще меньше романтических отношений.

Дженнифер описывала свои эмоции как скачущие, словно на американских горках, и ситуация лишь усугубилась с поступлением в колледж. Там она впервые начала пить, иногда даже чрезмерно. Совершенно внезапно она могла чувствовать себя подавленной и одинокой, а затем вдруг взлетать на седьмое небо от счастья и любви. Иногда она с яростными припадками обрушивалась на друзей – в детстве эти приступы злости ей как-то удавалось подавлять.

Примерно в то же время она начала ценить мужское внимание, которого раньше всегда избегала. И хотя ей нравилось быть желанной, она все время чувствовала, что каким-то образом «дурачила» или обманывала мужчин. Начиная встречаться с мужчиной, она зачастую саботировала отношения, затеявая конфликт.

Алана она встретила как раз тогда, когда он заканчивал свое юридическое образование. Он неустанно добивался ее и отказывался отступить, когда она пыталась сдать назад. Ему нравилось выбирать для нее одежду и советовать, как ей ходить, как говорить и как правильно питаться. Он настоял, чтобы она присоединилась к нему и посещала спортзал, где он часто занимался.

Как объяснила сама Дженнифер, Аллан дал ей индивидуальность. Он советовал ей, как общаться с его партнерами и клиентами, говорил, когда проявить агрессию, а когда – скромность. Она сформировала в себе целую «актерскую

труппу» – персонажей или исполнителей ролей, которых она могла вызвать на сцену в любой момент.

Они поженились по настоянию Аллана еще до конца ее первого курса. Она бросила обучение и начала работать секретарем, однако работодатель разглядел в ней большой ум и перевел на более ответственную должность.

Тем не менее в семье обстановка начинала накаляться. Карьера Аллана и его интерес к физическим упражнениям вынуждали его все больше времени проводить вне дома, и Дженнифер это крайне раздражало. Иногда она затевала ссоры, просто чтобы чуть дольше удержать его дома. Часто она даже провоцировала его ударить ее. После этого она предлагала ему заняться любовью.

У Дженнифер по-прежнему было мало друзей. Женщин она презирала за то, что они сплетничают и вообще скучны. Она надеялась, что рождение Скотта через два года после свадьбы подарит ей недостающий комфорт. Она думала, что ее сын всегда будет любить ее и никогда не бросит. Но ребенок требовал больших усилий, и через какое-то время Дженнифер решила вернуться к работе.

Несмотря на регулярную похвалу и успешную карьеру, Дженнифер по-прежнему чувствовала себя неуверенно, ей казалось, что она имитирует жизнь. Она вступила в интимную связь с коллегой, который был старше ее почти на 40 лет.

«Обычно со мной все в порядке, – сказала она доктору Грею. – Но есть и другая сторона меня, которая иногда берет верх и начинает меня контролировать. Я хорошая мать. Но моя другая сторона делает меня шлюхой; она заставляет меня вести себя так, будто я сумасшедшая!»

Дженнифер продолжала насмехаться над собой, особенно когда оставалась одна; в минуты уединения она чувствовала себя покинутой, списывая это на то, что другого она недостойна. Тревога зачастую грозила полностью захватить ее, если она не находила для нее какой-то выход. Иногда она предавалась обжорству, за раз съедая целую миску теста для печенья. Она могла проводить много часов, разглядывая фотографии сына и мужа, пытаясь «оживить их в своем сознании».

Внешний вид Дженнифер во время ее психотерапевтических сеансов мог разительно отличаться. Приходя сразу после работы, она была одета в деловой костюм и прямо-таки излучала зрелость и рассудительность. Но в выходные она являлась в коротких брюках и гольфах, волосы заплетала в косички; на этих встречах она вела себя как маленькая девочка с высоким голосом и довольно ограниченным словарным запасом.

Иногда она преображалась прямо на глазах у доктора Грея. Она могла быть проницательной и умной, сотрудничать с врачом, стремясь лучше понять себя, а потом вдруг становилась ребенком, начинала кокетничать и соблазнять, объявляя себя неспособной функционировать во взрослом мире. Она могла быть очаровательной и заискивающей или же манипулирующей и враждебной. Она могла в ярости вылететь из кабинета во время одного сеанса, поклявшись больше никогда не возвращаться, а в следующий раз сжиматься от страха, что доктор Грей откажется принимать ее снова.

Дженнифер чувствовала себя ребенком, облаченным в броню взрослого. Ее сбивало с толку уважение, с которым к ней относились другие взрослые; она ожидала, что они в любую минуту увидят, что кроется за ее маской, поставив ее в положение голы королевы. Ей нужен был кто-то, кого можно любить и кто защитил бы ее от мира. Она отчаянно желала близости, но, как только кто-то подходил слишком близко, она убегала.

Дженнифер страдает от пограничного расстройства личности (ПРЛ). И она в этом не одинока. Последние исследования позволяют сказать, что как минимум 18 миллионов американцев (почти 6 % всего населения страны) проявляют первичные симптомы ПРЛ, а многие утверждают, что эта цифра значительно преуменьшена[4 - Bridget F. Grant, S. Patricia Chou, Rise B. Goldstein, et al., "Prevalence Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, Journal of Clinical Psychiatry 69 (2008): 533-544.]. Около 10 % амбулаторных и 20 % стационарных пациентов психиатров имеют диагноз ПРЛ, как и 15-25 % всех пациентов, обращающихся за психиатрической помощью. Это заболевание является одним из самых распространенных видов расстройств личности[5 - John G. Gunderson, Borderline Personality Disorder (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1984).][6 - Klaus Lieb, Mary C. Zanarini, Christian Schmahl, et al., "Borderline Personality Disorder," Lancet 364 (2004): 453-461.][7 - Mark Zimmerman, Louis Rothschild, and Iwona Chelminski, "The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients," American Journal of Psychiatry 162

(2005): 1911-1918.].

Тем не менее, несмотря на свою распространенность, ПРЛ остается относительно неизвестной болезнью для широкой публики. Спросите людей на улице о тревожном неврозе, депрессии или алкоголизме, и они, скорее всего, смогут в общих чертах, пусть и не совсем точно в деталях, описать эти заболевания. Спросите их про пограничное расстройство личности, и тогда, вероятно, вы получите в ответ непонимающий взгляд. Однако если вы спросите об этом расстройстве опытного врача, имеющего дело с психическим здоровьем, вы увидите совершенно иную реакцию. Он глубоко вздохнет и воскликнет, что из всех психиатрических пациентов пограничные личности – самые трудные, их чаще всего боятся и избегают – куда чаще, чем шизофреников, алкоголиков или любых других пациентов. Больше десяти лет ПРЛ пряталось на задворках, будучи своего рода «третьим миром» во вселенной психических заболеваний – неопределенным, обширным и смутно угрожающим.

ПРЛ редко распознавали отчасти потому, что этот диагноз сравнительно нов. На протяжении многих лет термин «пограничный» использовался как общее название для категории пациентов, не подходивших под привычные диагнозы. Люди, которых описывали как «пограничных», казались более больными, чем невротики (испытывающие высокий уровень тревоги как следствие эмоционального конфликта), но менее больными, чем психотики (оторванные от реальности и потому неспособные нормально функционировать).

Это расстройство также сосуществует и граничит с другими психическими заболеваниями: депрессией, тревожным неврозом, биполярным (маниакально-депрессивным) расстройством, шизофренией, соматизированным расстройством (ипохондрия), диссоциативным расстройством идентичности (раздвоение личности), синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), алкоголизмом, наркотической зависимостью (включая никотиновую), расстройствами пищевого поведения, фобиями, обсессивно-компульсивными расстройствами, истерией, социопатией и прочими расстройствами личности.

Хотя термин «пограничная личность» впервые был введен в 1930-х годах, само расстройство не получило четкого определения вплоть до 1970-х годов. На протяжении многих лет психиатры, казалось, не могли договориться, выделять ли этот синдром как отдельное заболевание, не говоря уже о специфических симптомах для его диагностики. Но, по мере того как все больше людей стали

обращаться за помощью с определенным и специфическим набором жизненных проблем, параметры расстройства начали постепенно кристаллизоваться. В 1980 году диагноз «пограничное расстройство личности» был впервые определен в третьем издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации» (DSM-III), диагностической «библии» психиатров. С тех пор руководство несколько раз пересматривалось, и последним изданием на момент написания книги является DSM-IV-TR, опубликованное в 2000 году[8 - На данный момент действует DSM-V, введено в 2013 году, заменив собой предыдущее руководство. – Примеч. пер.]. Несмотря на то что разные школы психиатрии все еще спорят по поводу точной природы, причин и лечения ПРЛ, расстройство официально признано крупной проблемой психического здоровья современной Америки. И действительно, пациенты с ПРЛ потребляют гораздо большую процентную долю психиатрических услуг, чем пациенты с любыми другими диагнозами[9 - Donna S. Bender, Andrew E. Skodol, Maria E. Pagano, et al., “Prospective Assessment of Treatment Use by Patients with Personality Disorders,” *Psychiatric Services* 57 (2006): 254–257.][10 - Marvin Swartz, Dan Blazer, Linda George, et al., “Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community,” *Journal of Personality Disorders* 4 (1990): 257–272.]. Кроме того, исследования подтверждают, что около 90 % пациентов с диагнозом ПРЛ также параллельно имеют еще как минимум один психиатрический диагноз[11 - James J. Hudziak, Todd J. Boffeli, Jerold J. Kreisman, et al., “Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet’s Syndrome (Hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder, and Substance Abuse Disorders,” *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 1598–1606.][12 - Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen, et al., “Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission,” *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2108–2114.].

Во многих смыслах пограничный синдром для психиатрии был тем, чем для обычной медицины в свое время стал вирус: неточным определением для туманной, но пагубной болезни, которую сложно лечить, трудно обнаружить и невозможно адекватно объяснить пациенту.

Демографические границы

Кто же те самые пограничные личности, которых можно встретить в повседневной жизни?

Вот Кэрол, ваша подруга со старшей школы. Из-за какой-то мелочи она обвиняет вас в том, что вы нанесли ей удар в спину, и говорит, что на самом деле вы никогда не были ей другом. Спустя несколько недель или месяцев Кэрол звонит вам, приятная и уставшая от жизни, как будто между вами ничего не произошло.

Вот Боб, босс в вашем офисе. Однажды Боб бурно восхищается вашими достижениями по вполне обычному делу; на другой день он разносит вас в пух и прах за незначительную оплошность. Временами он сдержан и отстранен, а иногда внезапно и шумно превращается в «своего парня».

Вот Арлин, девушка вашего сына. Неделью она являет собой образец умницы и паиньки, а на следующей – типичного панка. Она за один вечер решает бросить вашего сына, только чтобы вернуться через пару часов с клятвами в бесконечной преданности и верности.

Вот Бретт, сосед напротив. Не в силах справиться с рушащимся браком, он как заведенный отрицает очевидную неверность жены, а через минуту уже винит в этом себя. Он отчаянно цепляется за свою семью, перескакивая с чувства вины и презрения к себе на яростные нападки в адрес жены и детей, так «несправедливо» сваливших все на него.

Если люди в приведенных выше описаниях кажутся непоследовательными, это не должно вас удивлять – непоследовательность является характерным признаком ПРЛ. Не способные выносить парадоксы, пограничные личности сами представляют собой ходячий парадокс – своего рода порочный круг. Их непоследовательность – главная причина того, что профессиональная психиатрия с таким трудом определила единообразный набор критериев для постановки диагноза.

Если эти люди кажутся вам слишком знакомыми, тут тоже нет ничего удивительного. Велики шансы, что у вас есть супруг, родственник, близкий друг или сотрудник с пограничным синдромом. Возможно, вы что-то знаете о ПРЛ или узнаете его характерные черты в себе.

Несмотря на то что точные числовые данные получить трудно, психиатры в общем соглашаются, что доля пограничных личностей среди населения растет, причем быстрыми темпами, хотя некоторые наблюдатели утверждают, что увеличивается скорее информированность психотерапевтов о расстройстве, а не

число страдающих им людей.

Стало ли на самом деле пограничное расстройство «чумой» нашего времени или же это просто сам «ярлык» диагноза – «пограничный» – еще достаточно нов для нас? В любом случае это расстройство позволило более полно понять психологическую структуру нескольких связанных с ним заболеваний. Многочисленные исследования связывали ПРЛ с анорексией, булимией, СДВГ, наркотической зависимостью и подростковыми суицидами; причем число всех этих отклонений за последнее десятилетие тревожно увеличивалось. Некоторые исследования позволили выяснить, что ПРЛ провоцировало расстройства пищевого поведения почти у 50 % пациентов[13 - Craig Johnson, David Tobin, and Amy Enright, "Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population," *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9-15.]. Результаты других работ показывают, что более 50 % злоупотребляющих алкоголем и наркоманов также удовлетворяют критериям ПРЛ.

Саморазрушительные наклонности и суицидальное поведение встречаются у пограничных личностей очень часто – по сути, они являются одним из определяющих критериев синдрома. Не менее 70 % пациентов с ПРЛ совершают хотя бы одну попытку суицида. Доля зарегистрированных случаев смерти от суицида среди подростков с ПРЛ составляет 8-10 % и даже выше. Эта вероятность растет на фоне наличия предыдущих суицидальных попыток, хаоса в семейной жизни и нехватки системной поддержки. Еще выше риски для пациентов, страдающих помимо этого маниакально-депрессивными (биполярными) расстройствами, алкоголизмом и наркоманией[14 - Joel Paris and Hallie Zweig-Frank, "A 27-Year Follow-Up of Patients with Borderline Personality Disorder," *Comprehensive Psychiatry* 42 (2001): 482-484.][15 - Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage, et al., "Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression," *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721-729.].

Как врач диагностирует психическое заболевание

До 1980 года два имевшихся ранее издания «Диагностического и статистического руководства» содержали описательные определения психиатрических заболеваний. Что же касается DSM-III, оно определяло психические расстройства с учетом структурированных, категорических парадигм; это значит, что для каждого диагноза предлагалось несколько

симптомов и при совпадении того или иного числа критериев индивид считался отвечающим принципиальным требованиям диагноза. Любопытно, что в четырех редакциях «Руководства», выпущенных с 1980 года, определяющие критерии ПРЛ практически не изменялись. Как мы вскоре убедимся, с этим расстройством ассоциируется девять критериев, и диагноз может быть поставлен, если присутствуют не менее пяти из них.

Категорическая парадигма породила дискуссию среди психиатров, особенно в части, касающейся диагностики расстройств личности. В отличие от большинства других психиатрических заболеваний, расстройства личности, как принято считать, развиваются в ранней фазе взрослой жизни и сохраняются надолго. Эти черты характера обычно довольно устойчивы и меняются только постепенно и со временем. Однако же категорическая система определений может привести к нереалистично резкой перемене в диагностике. В отношении ПРЛ это значит, что пограничная личность, имеющая пять симптомов ПРЛ, в теории перестает считаться таковой, если один из симптомов меняется. Такое резкое «исцеление» кажется непоследовательным с точки зрения концепции личности.

Некоторые исследователи предлагали приспособить «Руководство» к многомерному подходу в диагностике. Такая модель предполагает определение так называемых «степеней пограничности», поскольку очевидно, что некоторые пограничные личности функционируют лучше других. Придерживающиеся этого мнения авторы предлагают вместо заключения о том, что индивид является или не является пограничной личностью, определять расстройство относительно некоего спектра. Такой подход подразумевает, что отдельные критерии будут иметь различный вес в зависимости от того, какие симптомы окажутся преобладающими и наиболее устойчивыми. Такой метод мог бы выявить репрезентативный, «чистый» пограничный тип личности, что позволило бы стандартизировать измерения на основе того, насколько пациент «подходит» под описание. Многомерный подход также можно было бы использовать для измерения функционального ухудшения, которое определялось бы способностью пациента справляться с повседневными делами. Еще одна методология предлагает измерять особые черты, такие как импульсивность, стремление к новизне, зависимость от поощрения, избегание ущерба, нервозность (включающая такие характеристики, как уязвимость перед стрессом, плохой контроль импульсов, тревожность, лабильность настроения и т. д.) – то, что обычно ассоциируют с ПРЛ[16 - Thomas Widiger and Paul T. Costa Jr., “Personality and Personality Disorders,” *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1994): 78–91.][17 - John M. Oldham, “Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment

of Patients with Borderline Personality Disorder,” Focus 3 (2005): 396–400.][18 - Robert L. Spitzer, Michael B. First, Jonathan Shedler, et al., “Clinical Utility of Five Dimensional Systems for Personality Diagnosis,” Journal of Nervous and Mental Disease 196 (2008): 356–374.]. Такая адаптация поможет более точно измерять изменения и степени улучшения, а не просто определять наличие или отсутствие расстройства.

Чтобы понять разницу между двумя этими подходами, подумайте о том, как мы воспринимаем «гендер». Разделение на мужской и женский пол – категоричное определение, основанное на объективных генетических и гормональных факторах. Однако определения маскулинности и фемининности являются многомерными понятиями, на которые оказывают влияние личные, культурные и прочие менее объективные критерии. Вероятнее всего, следующие версии «Руководства» будут включать многомерные критерии диагностики.

Диагноз ПРЛ

В последней версии DSM-IV-TR перечисляется девять категорических критериев ПРЛ, пять из которых должны присутствовать для постановки диагноза[19 - American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision (Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000): 706–710.]. На первый взгляд может показаться, что эти критерии не соотносятся друг с другом или связаны только косвенно. Однако при более глубоком анализе все девять симптомов оказываются замысловато переплетены, так что один симптом вызывает проявление другого.

Эти девять критериев можно обобщить следующим образом (каждый из них подробно описывается в главе 2):

1. Настойчивые попытки избежать реального или воображаемого одиночества.
2. Нестабильные и напряженные межличностные отношения.
3. Недостаточное или отсутствующее осознание собственной идентичности.

4. Импульсивность в проявлениях потенциально саморазрушительного поведения, такого как злоупотребление алкоголем и наркотиками, кражи в магазинах, неосторожное вождение, переедание.
5. Повторяющиеся угрозы суицида или суицидальные жесты, намеренное нанесение себе телесных повреждений.
6. Резкие смены настроения и чрезмерная реакция на ситуационные стрессы.
7. Хроническое ощущение опустошенности.
8. Частые и неуместные проявления злости.
9. Проходящее, связанное со стрессами ощущение нереальности или паранойя.

Этот набор из девяти симптомов можно сгруппировать в четыре сферы, на которые зачастую направлено лечение.

1. Нестабильность настроения (критерии 1, 6–8).
2. Импульсивность и опасное неконтролируемое поведение (критерии 4 и 5).
3. Межличностные психопатологии (критерии 2 и 3).
4. Искажения мышления и восприятия (критерий 9).

Эмоциональная гемофилия

За клинической номенклатурой на деле скрываются настоящие мучения, испытываемые пограничными личностями, их семьями и друзьями. Для людей с ПРЛ бо́льшая часть жизни – это непрекращающаяся поездка по эмоциональным американским горкам без какого-либо конечного пункта. Тем, кто живет вместе с пограничными личностями, любит их, заботится о них, эта поездка может казаться такой же дикой, безнадежной и утомительной.

Дженнифер и миллионы других пациентов с ПРЛ легко довести до состояния неконтролируемой ярости, направленной на самых любимых людей. Они чувствуют себя беспомощными и опустошенными, им кажется, что их личность расколота непримиримыми эмоциональными противоречиями.

Перемены настроения происходят резко, взрывным образом, низвергая пограничную личность с высот радости в пучину депрессии. Бурливший от злости час назад и уже спокойный сейчас, человек зачастую понятия не имеет, почему он так разгневался. Неспособность понять происхождение таких эпизодов провоцирует еще большее презрение к себе и депрессию.

Пограничные личности страдают от своего рода эмоциональной гемофилии: у них отсутствует механизм сворачивания, который умирал бы приливы эмоций. Стоит только уколоть тонкую «кожу» такого человека, как он истечет эмоциями до смерти. Долгие периоды удовлетворенности для пограничных личностей редки. Хроническая опустошенность истощает их до тех пор, пока они не решаются что-то сделать, чтобы ее избежать. Охваченный такими проблемами пациент склонен к массе импульсивных саморазрушающих действий: употреблению алкоголя и наркотиков, марафонам переедания, припадкам анорексии, булимическим «чисткам», приступам игромании и шопоголизма, сексуальной неразборчивости и нанесению себе физического вреда. Пограничные личности могут совершать попытки суицида, причем зачастую не с целью умереть, а просто чтобы почувствовать хоть что-то, чтобы доказать себе, что они живы.

«Я ненавижу то, как я себя чувствую, – признался один пациент с ПРЛ. – Когда я думаю о суициде, он кажется таким заманчивым, таким привлекательным. Иногда это единственное, что мне хочется делать. Мне трудно не хотеть навредить себе. Как будто, если я причиню себе боль, страх и страдания уйдут».

Принципиально важной чертой пограничного расстройства является недостаточное осознание своей идентичности. Люди с ПРЛ описывают себя сбивчиво и противоречиво, в отличие от других пациентов, у которых обычно есть куда более ясное понимание того, кто они такие. Для преодоления своего неопределенного и по большей части негативного представления о себе пограничные личности, как актеры, постоянно ищут «хорошие роли», законченных «персонажей», с помощью которых они могут заполнить вакуум своей идентичности. Таким образом, они зачастую, подобно хамелеонам, приспосабливаются к текущей окружающей среде, ситуации или людям, прямо

как герой фильма Вуди Аллена «Зелиг», в буквальном смысле перенимающий личность и внешность окружающих его людей.

Приманка экстатических переживаний, получаемых через секс, наркотики или иные средства, иногда слишком сильно действует на пограничных пациентов. В экстазе они могут возвращаться к первобытному состоянию, где «я» и внешний мир сливаются в одно – своего рода второе детство. В периоды крайнего одиночества и опустошенности пограничные личности могут пускаться во все тяжкие с наркотиками, уходить в запой или совершать сексуальные эскапады (с одним или несколькими партнерами), причем иногда такие периоды могут затягиваться на много дней. Это выглядит так, как будто, когда битва за поиск собственной идентичности становится невыносимой, оптимальное решение для них – либо потерять ее окончательно, либо достичь ее подобия через боль или оцепенение.

Семейная история пограничных личностей часто отмечена алкоголизмом, депрессией и эмоциональными проблемами. Детство таких людей нередко становится выжженным полем боя, на котором оставляют свои шрамы безразличие, неприятие или отсутствие родителей, эмоциональные лишения и систематические обиды. Большинство исследований в результате обнаруживали за плечами многих пограничных пациентов историю серьезного психологического, физического и сексуального насилия. И действительно, от других пациентов психиатров пограничные личности отличаются в первую очередь тем, что у них в памяти хранятся случаи жестокого обращения, они становились свидетелями насилия или их переживания обесценивались родителями или теми, кто в первую очередь за ними ухаживал[20 - Lisa Laporte and Herta Guttman, "Traumatic Childhood Experiences as Risk Factors for Borderline and Other Personality Disorders," *Journal of Personality Disorders* 10 (1996): 247-259.][21 - Mary C. Zanarini, Lynne Yong, Frances R. Frankenburg, et al., "Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients," *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (2002): 381-387.].

Такие нестабильные взаимоотношения переносятся в подростковый период и во взрослую жизнь, когда романтические привязанности обычно бывают крайне эмоциональными, но кратковременными. Человек с ПРЛ может неистово добиваться кого-то, а на следующий день послать с вещами на выход. Более долгие любовные отношения – в этом случае речь идет скорее о неделях или месяцах, чем о годах, – обычно бывают бурными, яростными, удивительными и

волнующими.

Расщепление: черно-белый пограничный мир

В мире пограничной личности, как и в мире ребенка, есть только герои и злодеи. Будучи ребенком по уровню эмоционального развития, пациент с ПРЛ не выносит непоследовательности и двусмысленности в людях; он не может примирить в своем сознании хорошие и плохие черты другого человека и связать их в последовательное и неизменное понимание этого индивида. В любой отдельно взятый момент человек может быть либо «хорошим», либо «плохим» – никаких оттенков серого, никаких промежуточных положений. Если пограничная личность и распознает нюансы и оттенки, то с большим трудом. Любовники и супруги, матери и отцы, братья и сестры, друзья и психотерапевты могут в один день чуть ли не обожествляться, а на следующий совершенно обесцениваться и отвергаться.

Когда идеализированная фигура наконец чем-то разочаровывает пограничную личность (а все мы рано или поздно это делаем), ей приходится полностью менять структуру своего строгого и жесткого концептуального представления. В итоге либо идол изгоняется в темницу, либо сам пациент изгоняет самого себя во имя сохранения «положительного со всех сторон» образа другого человека.

Такой тип поведения называется «расщеплением» и является первичным защитным механизмом, к которому прибегают люди с ПРЛ. Чисто технически расщепление – это строгое разделение позитивных и негативных мыслей и чувств в отношении себя и других, по сути, неспособность синтезировать эти чувства в единое целое. Большинство людей могут испытывать неоднозначные чувства и воспринимать одновременно два противоречащих друг другу эмоциональных состояния; для пограничной личности же характерно метание вперед и назад, так как она совершенно не имеет понятия о первом эмоциональном состоянии, будучи погруженной во второе.

Расщепление дает запасной выход для тревожности: человек с ПРЛ обычно воспринимает близкого друга или родственника (назовем его Джо) как двух совершенно разных людей в зависимости от ситуации. В один момент он может безоговорочно восхищаться «Хорошим Джо», считая его абсолютно положительным персонажем; его негативные качества в это время просто не существуют; все они были отсеяны и приписаны «Плохому Джо». В другой же

момент он может ни за что ни про что начать презирать «Плохого Джо», беззастенчиво злясь на его отрицательную сущность, – и в этот момент у Джо не существует никаких положительных черт; он полностью заслуживает обрушившуюся на него ярость.

Механизм расщепления изначально направлен на защиту пограничной личности от шквала противоречивых чувств и образов – и, собственно, от тревоги, вызванной попытками примирить в сознании эти образы; но зачастую по иронии судьбы он приводит к прямо противоположному эффекту: истончившиеся участки ткани личности становятся полноценными разрывами, а восприятие собственной идентичности и идентичностей других меняется еще резче и чаще.

Буря в отношениях

Несмотря на постоянные мучения, причиняемые другими людьми, пограничные личности ищут новых отношений, так как уединение и даже временное одиночество для них куда более невыносимо, чем жестокое обращение. Избегая одиночества, они будут стремиться в бары для знакомств, в объятия недавно пытавшихся заигрывать с ними новых знакомых, куда-нибудь – куда угодно, – где можно встретить хоть кого-то, кто способен избавить от пытки собственными мыслями. Пограничная личность находится в постоянных поисках мистера Гудбара[22 - По аналогии с американским фильмом «В поисках мистера Гудбара», где главная героиня ищет «идеального мужчину», которого называет «мистером Гудбаром». – Примеч. пер.]. В своем неустанном стремлении найти в жизни структурированную роль для себя пограничные люди обычно притягиваются к партнерам с взаимодополняющими чертами характера – и сами притягивают их. Так, например, доминирующий и самовлюбленный муж Дженнифер без лишних усилий загонял ее в рамки четко очерченной роли. Он мог дать ей идентичность, даже если ее суть предполагала повиновение и покорность при жестоком обращении.

Однако отношения с пограничными личностями быстро распадаются. Сохранение близости с таким человеком требует понимания сути синдрома и готовности долго и с большим риском идти по канату, натянутому над пропастью. Чрезмерная близость грозит удушением для пограничной личности. В то же время отстраненность или попытка оставить ее одну – даже на короткий период времени – возвращает ее к ощущению заброшенности, знакомому еще с детства. В любом из этих случаев реакция пограничной личности будет бурной.

В каком-то смысле человек с ПРЛ – это исследователь мира эмоций, у которого при себе есть только набросок карты межличностных отношений; ему чрезвычайно сложно измерять оптимальное физическое расстояние между собой и другими, и особенно теми, кто ему важен. Чтобы компенсировать эту проблему, он скачет туда-сюда: от зависимости до яростной манипуляции, от приливов благодарности до приступов иррационального гнева. Он боится одиночества и поэтому цепляется за людей; он боится быть поглощенным и поэтому отталкивает их от себя. Он жаждет близости, но в то же время боится ее. Заканчивается все тем, что он отпугивает тех, с кем больше всего хочет сблизиться.

Проблемы на работе и с коллегами

Несмотря на то что у людей с ПРЛ возникают огромные сложности в личной жизни, многие из них способны продуктивно функционировать в рабочей ситуации, особенно если работа предполагает структурированность, четко очерчивает круг обязанностей и комфортна для них. Некоторые пациенты хорошо работают на протяжении долгих периодов, но затем внезапно покидают свою должность или саботируют свои обязанности, переходя к следующей возможности – будь то из-за изменений в структуре работы, или резких сдвигов в личной жизни, или даже из-за обычной скуки и жажды новизны. Многие пациенты жалуются на частые или хронические проблемы со здоровьем, что позволяет им постоянно отпрашиваться к доктору или брать больничный[23 - Carolyn Z. Conklin and Drew Westen, “Borderline Personality Disorder in Clinical Practice,” *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 867-875.].

Рабочая обстановка может дать людям с ПРЛ убежище от анархии, царящей в их социальных взаимоотношениях. По этой причине пограничные личности часто лучше всего проявляют себя в строго структурированной рабочей среде. Профессии, связанные с оказанием помощи: медицина, уход за больными, служение в церкви, консультирование, также привлекают многих людей с ПРЛ, стремящихся к власти и контролю над ситуацией, которого им часто не хватает в социальных взаимоотношениях. Возможно, более важно то, что в этих ролях они заботятся о других и получают признание, которого им так не хватает в повседневной жизни. Зачастую такие пациенты очень умны и демонстрируют поразительные артистические способности; поощряемые легким доступом к мощным эмоциям, они могут быть очень креативными и достигать профессионального успеха.

Однако слишком соревновательная и неструктурированная рабочая атмосфера или чересчур требовательный начальник могут спровоцировать сильнейший неконтролируемый гнев и повышенную чувствительность к отвержению, которому все время в своем представлении подвергается пограничная личность. Ярость может проникать во все сферы работы и буквально разрушить карьеру.

«Женская болезнь»?

До недавнего времени исследования позволяли предполагать, что число женщин с ПРЛ перевешивает число мужчин с аналогичным диагнозом в соотношении 3-4: 1. Однако последнее эпидемиологическое исследование подтверждает, что доля подверженных этому синдрому примерно одинакова для обоих полов, хотя женщины чаще обращаются за лечением. Также у женщин симптомы расстройства проявляются в большей степени и наносят более значительный ущерб. Эти обстоятельства отчасти объясняют, почему в клинических исследованиях были представлены в основном женщины. Однако возможно существование и других факторов, говорящих в пользу того, что ПРЛ – «женская болезнь».

Некоторые критики полагают, что в случае с диагнозом ПРЛ в действие вступает своеобразная врачебная предвзятость: психотерапевты могут считать проблемы идентичности и импульсивности более «нормальными» для мужчин; в результате этого среди мужского населения диагноз ПРЛ ставится реже. В то время как деструктивное поведение со стороны женщин может рассматриваться как результат расстройства, аналогичное поведение со стороны мужчин воспринимается как антисоциальное. В то время как женщин при таких проблемах направляют на лечение, мужчин могут вместо этого пропускать через систему уголовного судопроизводства, что навсегда лишает их шанса получить правильный диагноз.

ПРЛ в различных возрастных группах

Многие из характерных черт пограничного синдрома: импульсивность, беспокойные отношения, проблемы с идентичностью, нестабильность настроения – представляют крупную проблему на определенном этапе развития для любого подростка. И действительно, установление ядра своей идентичности – основная задача как тинейджера, так и пограничного пациента. Из этого

следует, что ПРЛ чаще диагностируется среди подростков и молодежи, чем в других возрастных группах[24 - Thomas H. McGlashan, "The Chestnut Lodge Follow-Up Study III, Long-Term Outcome of Borderline Personalities," Archives of General Psychiatry 43 (1986): 20-30.].

ПРЛ довольно редко встречается среди пожилых. Недавние исследования продемонстрировали, что самое заметное снижение числа поставленных диагнозов происходит после 45 лет. На основе этих данных некоторые исследователи выдвигают гипотезу, что многие взрослые ближе к старости «вызревают» и могут стабилизироваться с течением времени. Тем не менее пожилым людям при этом приходится бороться с прогрессирующим снижением физических и умственных способностей, и для некоторых стареющих пограничных индивидов этот адаптивный процесс может быть довольно опасным. При наличии слишком непрочной идентичности задача по изменению ожиданий и приспособлению самовосприятия к новой обстановке способна обострить существующие симптомы болезни. Стареющая пограничная личность с устойчивой психопатологией может отрицать ухудшение своих способностей, проецировать вину на других и приобретать параноидальные черты; в иных случаях люди начинают преувеличивать свою недееспособность и становятся более зависимыми от других.

Социально-экономические факторы

Пограничная патология выявляется во всех культурных средах и социальных классах в США. Тем не менее доля людей с ПРЛ среди разведенных, расставшихся с партнером, овдовевших и проживающих в одиночестве, а также среди групп с низким доходом и уровнем образования была значительно выше. Последствия бедности для младенцев и детей, такие как более высокий уровень стресса, худшее образование и отсутствие качественного ухода, психиатрической помощи и контроля беременности (что может вылиться в повреждения мозга или недоедание), по всей видимости, приводят к повышенной заболеваемости ПРЛ среди бедных.

Географические границы

Несмотря на то что большая часть теоретических изысканий и эмпирических исследований пограничного синдрома проводилась в США, другие страны:

Канада, Мексика, Израиль, Швеция, Дания, прочие страны Западной Европы и бывшего СССР, признали существование пограничных патологий среди своего населения.

Сравнительные исследования в настоящее время довольно малочисленны и противоречивы. Например, отдельные исследования указывают на более высокий процент болеющих ПРЛ среди латиноамериканского населения, в то время как другие этот вывод не подтверждают. Некоторые работы обнаружили высокую распространенность ПРЛ среди коренного населения Америки. Последовательных изысканий в этой сфере довольно мало, но они могли бы лучше объяснить, как влияют на болезнь воспитание, культурные и социальные черты.

Пограничное поведение у знаменитостей и вымышленных персонажей

Определенный интерес для психиатрического сообщества представляет вопрос о том, является ли ПРЛ новым феноменом или всего лишь современным названием для давно существующего кластера взаимосвязанных чувств и внешних проявлений поведения. Большинство психиатров полагают, что пограничный синдром существует довольно давно, а его растущая значимость проистекает не столько из его распространения среди пациентов (подобно инфекционному заболеванию или хроническому истощению), сколько из лучшей информированности врачей. И действительно, многие психиатры считают, что некоторые наиболее интересные случаи «неврозов» Зигмунда Фрейда на рубеже веков сегодня бы четко диагностировали как ПРЛ[25 - Louis Sass, "The Borderline Personality," New York Times Magazine (August 22, 1982): 102.].

Возможно, с этой новой точки зрения, для нас стали бы куда понятнее некоторые наиболее сложные личности настоящего и прошлого, причем как реальные, так и вымышленные. И наоборот, некоторые известные люди и персонажи могут служить иллюстрацией различных аспектов синдрома. Высказывались предположения, что пограничными личностями были принцесса Диана, Мэрилин Монро, Зельда Фитцджеральд, Томас Вулф, Томас Лоуренс, Адольф Гитлер и Муаммар Каддафи. Культурные критики отмечают пограничные характеристики у Бланш Дюбуа из пьесы «Трамвай "Желание"», Марты из «Кто боится Вирджинии Вульф?», Салли Боулз из «Кабаре», Трэвиса Бикла из «Таксиста», Говарда Била из «Телесети» и у Кармен из оперы Бизе. Хотя у перечисленных людей и персонажей действительно можно обнаружить

соответствующие симптомы и характерное для ПРЛ поведение, это не значит, что именно пограничный синдром привел к радикальным действиям или поворотам в их судьбе. Например, Гитлером, скорее всего, двигали психические расстройства и социальные силы, куда более значимые, чем ПРЛ; глубинные причины (предполагаемого) суицида Мэрилин Монро крылись в куда более сложных проблемах, чем просто в ПРЛ. Мало доказательств и того, что авторы «Таксиста» или «Телесети» сознательно стремились создать протагониста с ПРЛ. Если пограничный синдром и дает что-то новое в этом отношении, то лишь новый угол зрения для интерпретации и анализа.

Конец ознакомительного фрагмента.

notes

Примечания

1

Здесь и далее примечания к главам можно скачать по ссылке:
<https://goo.gl/v1jExS>.

2

John Cloud, “Minds on the Edge,” *Time* (January 19, 2009): 42–46.

3

John G. Gunderson, "Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis," American Journal of Psychiatry 166 (2009): 530-539.

4

Bridget F. Grant, S. Patricia Chou, Rise B. Goldstein, et al., "Prevalence Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, Journal of Clinical Psychiatry 69 (2008): 533-544.

5

John G. Gunderson, Borderline Personality Disorder (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1984).

6

Klaus Lieb, Mary C. Zanarini, Christian Schmahl, et al., "Borderline Personality Disorder," Lancet 364 (2004): 453-461.

7

Mark Zimmerman, Louis Rothschild, and Iwona Chelminski, "The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients," American Journal of Psychiatry 162 (2005): 1911-1918.

На данный момент действует DSM-V, введено в 2013 году, заменив собой предыдущее руководство. – Примеч. пер.

Donna S. Bender, Andrew E. Skodol, Maria E. Pagano, et al., "Prospective Assessment of Treatment Use by Patients with Personality Disorders," *Psychiatric Services* 57 (2006): 254–257.

Marvin Swartz, Dan Blazer, Linda George, et al., "Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community," *Journal of Personality Disorders* 4 (1990): 257–272.

James J. Hudziak, Todd J. Boffeli, Jerold J. Kreisman, et al., "Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet's Syndrome (Hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder, and Substance Abuse Disorders," *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 1598–1606.

Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen, et al., "Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission," *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2108-2114.

13

Craig Johnson, David Tobin, and Amy Enright, "Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population," *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9-15.

14

Joel Paris and Hallie Zweig-Frank, "A 27-Year Follow-Up of Patients with Borderline Personality Disorder," *Comprehensive Psychiatry* 42 (2001): 482-484.

15

Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage, et al., "Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression," *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721-729.

16

Thomas Widiger and Paul T. Costa Jr., "Personality and Personality Disorders," *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1994): 78-91.

17

John M. Oldham, "Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder," *Focus* 3 (2005): 396-400.

18

Robert L. Spitzer, Michael B. First, Jonathan Shedler, et al., "Clinical Utility of Five Dimensional Systems for Personality Diagnosis," *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 356-374.

19

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision (Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000): 706-710.

20

Lisa Laporte and Herta Guttman, "Traumatic Childhood Experiences as Risk Factors for Borderline and Other Personality Disorders," *Journal of Personality Disorders* 10 (1996): 247-259.

21

Mary C. Zanarini, Lynne Yong, Frances R. Frankenburg, et al., "Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients," *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (2002): 381–387.

22

По аналогии с американским фильмом «В поисках мистера Гудбара», где главная героиня ищет «идеального мужчину», которого называет «мистером Гудбаром». – Примеч. пер.

23

Carolyn Z. Conklin and Drew Westen, "Borderline Personality Disorder in Clinical Practice," *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 867–875.

24

Thomas H. McGlashan, "The Chestnut Lodge Follow-Up Study III, Long-Term Outcome of Borderline Personalities," *Archives of General Psychiatry* 43 (1986): 20–30.

25

Louis Sass, "The Borderline Personality," *New York Times Magazine* (August 22, 1982): 102.

Купить: https://tellnovel.com/ru/kreysman_hel/ya-nenavizhu-tebya-tol-ko-ne-brosay-menya-pogranichnye-lichnosti-i-kak-ih-ponyat

Текст предоставлен ООО «ИТ»

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию: [Купить](#)