

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ**

Учебное пособие



Москва - 2023

УДК 616.891

ББК 56.14

Б82

Учебное пособие подготовлено в ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России сотрудниками Учебно-методического отдела: доктором медицинских наук, профессором **В.И. Бородиным**, руководителем отдела кандидатом медицинских наук, доцентом **С.В. Даниловой**, кандидатом психологических наук, доцентом **Ж.В. Кошелевой**, кандидатом медицинских наук, доцентом **М.А. Парпара**, кандидатом психологических наук, ассистентом **Т.Е. Никитиной**.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России 24 декабря 2021 г., протокол № 10.

Рецензенты:

А.В. Литвинов – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения психонейроэндокринологии МНИИП – филиала ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России;

В.В. Макаров – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и сексологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Б82 Бородин В.И., Данилова С.В., Кошелева Ж.В., Парпара М.А., Никитина Т.Е. **Современная психотерапия расстройств личности: Учебное пособие.** – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2023. – 80 с.

В учебном пособии дана характеристика особенностей психотерапии расстройств личности. Особое внимание уделено основным концепциям их развития, патогенетическим и психопатологическим механизмам возникновения отдельных нозологий. Подробно описаны психотерапевтические рекомендации. Разделы пособия соответствуют тематическому плану основной профессиональной образовательной программы высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности “Психотерапия”.

Для непрерывного профессионального образования психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, иных специалистов.

ISBN 978-5-86002-366-6

ББК 56.14

© Группа авторов, 2023.

© ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского”
Минздрава России, 2023.

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРИИ ЛИЧНОСТИ В ПСИХОТЕРАПИИ

(В.И. Бородин) 4

КАДР – ДОСТИЖЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИЗА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

(Ж.В. Кошелева) 26

КЛАССИЧЕСКАЯ КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

(С.В. Данилова, Т.Е. Никитина) 46

СХЕМА-ТЕРАПИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

(М.А. Парпара) 65

Термин “личность” происходит от латинского слова “persona”, что означает “маска”. Определяя личность как маску, мы имеем ввиду прежде всего так называемое “публичное Я”, то есть то, что каждый из нас готов показать окружающим. В таком определении личности подразумевается, что важные аспекты человеческой индивидуальности при этом остаются по той или иной причине скрытыми. Указанное понятие личности соответствует известному определению, данному в свое время Г. Олпортом [1], который говорил, что личность – это динамичная психофизическая система, определяющая уникальную для каждого человека адаптацию к окружающей среде. Личность также часто определяется как индивидуально уникальный и при этом относительно стабильный паттерн поведения, мышления и эмоционального реагирования – в более или менее сопоставимых ситуациях [2].

А. Теории типов личности: типы личности в них выделяются на основе сходства/различия реального и ожидаемого (типового) поведения; такие попытки делались неоднократно, начиная с древних времен.

- 1) Чарак Самхита из Аюрведы, а также Трактат индийской медицины классифицируют людей по трем элементам, называемым “дошами”: (а) “вата”, (б) “питта” и (в) “капха”. Каждый из них относится к типу темперамента, соответствующему “пракрिति” (природе) человека (табл. 1).
- 2) Гиппократ создал типологию, основанную на внутренних жидкостях и их динамике (табл. 2), объяснявшую, с его точки зрения, изменчивость поведения у каждого конкретного человека [3].
- 3) Шелдон предложил теорию личности (табл. 3), основанную на строении тела [4].

Таблица 1

Типы личности	Признаки
Вата образуется при взаимодействии акаши (эфир) и вайю (воздух)	Сухой, холодный, легкий, тонкий, чистый и грубый
Питта возникает из взаимодействия вайю (воздух) и агни (огонь)	Масляный, горячий, острый, жидкий, кислый, подвижный и острый
Капха производится совместными действиями джала (вода) и притхви (земля)	Холодный, мягкий, маслянистый, сладкий, стабильный и вязкий

Таблица 2

Типы темперамента	Основная жидкость	Характеристики
Сангвиник	Кровь	Разговорчивый, полный энтузиазма, активный и общительный.
Холерик	Желтая желчь	Независимый, решительный, целеустремленный и амбициозный
Меланхолик	Черная желчь	Аналитический, склонный к детализации, глубоко мыслящий и чувствующий
Флегматик	Слизь	Расслабленный, мирный, тихий и спокойный

Таблица 3

Типы темперамента	Строение тела	Характеристики
Эндоморфный	Толстый, мягкий и округлый	Раскованный и общительный
Мезоморфный	Мускулистый и прямоугольный	Энергичный и смелый
Эктоморфный	Тонкий, длинный и хрупкий	Умный, артистичный и интровертированный

В. Теории черт личности.

1. Среди них на первом месте теория Г. Олпорта, который провел идиографическое исследование, сосредоточив свое внимание на сознательной мотивации и личных качествах индивидуума. Он выделил 3 уровня личностных черт:

- а) *кардинальная черта* – это доминирующая черта, которая в конечном счете определяет и формирует все наше поведение;
- б) *центральная черта* – это общая черта, характеризующая большинство свойственных нам стереотипов поведения; к центральным чертам можно отнести, например, бодрость или застенчивость;
- в) *вторичные черты* – черты, характеризующие поведение в отдельных ситуациях; например, чувство дискомфорта, возникающее в замкнутом пространстве, может быть вторичной (второстепенной) чертой характера.

В конечном счете уникальный набор вышеперечисленных черт характера определяет поведение каждого индивидуума.

2. Вторая по значимости теория черт личности была предложена Р.Б. Кеттелом [5]. Он разработал дифференцированный подход к описанию и анализу личности, полагаясь на данные, собранные из 3 источников: а) персональные жизненные достижения; б) самооценка; в) данные объективного тестирования. Опираясь на персональные жизненные достижения и данные самооценки, Р.Б. Кеттел выделил основные личностные факторы, характерные как для отдельного индивидуума, так и для людей в целом. Он предложил 2 основных типа личностных черт:

- а) *поверхностные черты* – это такие черты личности, которые легко тестируются окружающими людьми (внешние действия);
- б) *исходные черты* – это более глубокие, базисные черты личности, которые лежат в основе поверхностных черт.

Таким образом, поверхностные черты отражаются в наблюдаемых со стороны конкретных моделях поведения, а исходные черты, будучи наиболее глубокими, внутренними характеристиками личности, отвечают за наше поведение в целом. Естественно, Р. Кеттел рассматривал исходные черты как наиболее важные и считал, что их можно идентифицировать только с помощью компьютерного анализа всех собранных данных.

З. Г. Айзенк [6] предложил теорию, в рамках которой отдельная личностная черта – это одновременно и тип личности. Его стараниями описание личности было сведено к 3 основным генетически обусловленным параметрам, выраженным в разной степени у конкретных индивидуумов. При этом он использовал факторный анализ в качестве основного статистического метода. В итоге были выделены следующие факторы или черты:

- а) *экстраверсия* – которая характеризует общительность, направленность внимания на внешнюю среду, в противовес внутренним душевным переживаниям;
- б) *нейротизм (или невротизм)* – характеризующий нестабильность, ненадежность, тревожно-мрачное настроение, в противовес стабильности, надежности и уравновешенности;
- в) *психотизм* – который свидетельствует о выраженности упорства, напряженности, враждебности, в противовес дружелюбию, чуткости и отзывчивости.

4. Одна из новейших теорий личности была предложена П. Коста и Р. МакКрей [7]. Они разработали 5-факторную модель личности под названием Большая пятерка. Кросс-культуральные исследования подтвердили выделение указанных 5 факторов на основе рейтинга личностных черт. Большая пятерка включает в себя открытость (openness), добросовестность (conscientiousness), экстраверсию (extraversion), доброжелательность (agreeableness) и нейротизм (neuroticism) – сокр. OCEAN:

- а) *открытость* – готовность индивидуума попробовать или испытать новые вещи, впечатления;
- б) *добросовестность* – это организованность и мотивированность индивидуума;
- в) *экстраверсия* – общительность и социальность;
- г) *доброжелательность* – базовый эмоциональный стиль человека (покладистость, дружелюбие, приятность);
- д) *нейротизм* – эмоциональная нестабильность/стабильность (чрезмерная тревожность, взволнованность, капризность).

Таким образом, все вышеперечисленные теории описывают личность как совокупность различных черт.

С. Психоаналитические теории личности.

Зигмунд Фрейд [8] разработал несколько гипотетических моделей “психического аппарата” и его работы: а) топографическая модель психики; б) структурная модель личности; в) психогенетическая модель развития.

Топографическая модель психики подразделяет психический аппарат на 3 отдельные области: – сознание (включает в себя все осознаваемое содержание на настоящий момент); – предсознание (содержит все потенциально осознаваемое, но не столь актуальное на настоящий момент); – бессознательное (содержит все то, что недоступно осознанию и что буквально невозможно осознать, в частности, все наши влечения, инстинкты, а также подавленные, тревожные переживания и воспоминания).

Структурная модель личности также выделяет 3 основные части (структуры):

- 1) Ид – основная структура бессознательного, которая функционирует на одноименном уровне, тесно связана с инстинктивными и биологическими процессами и представляет собой примитивное ядро влечений, из которого в итоге развиваются Эго и Супер-Эго; функционирует в соответствии с *принципом удовольствия*, исходя из того, что все потребности должны быть немедленно удовлетворены вне зависимости от внешних условий и ограничений;
- 2) Эго – обращено к реальности и функционирует в соответствии с *принципом реальности*; внутренние импульсы, исходящие из Ид, Эго идентифицирует опять же в контексте внешней реальности, отсрочивая удовлетворение влечения и разрядку энергии либидо до появления подходящего объекта и формирования необходимых условий для удовлетворения влечения;
- 3) Супер-Эго – предоставляет личности моральное руководство, олицетворяющее родительские и общественные ценности; имеет 2 подсистемы: а) совесть – содержит пред-

ставления о том, что соответствует моральным нормам, а что заслуживает наказания (основание для *чувства вины*); б) Эго-идеал: включает в себя представления о том, что должно получать награду и одобрение (основа гордости).

Помимо этого Фрейд выделил 2 типа инстинктов: а) *Эрос* – инстинкт или стремление к жизни, любви, личностному росту, самосохранению, конструктивной деятельности, в рамках которого либидо представляет собой силу или энергию, выражающую себя в том числе в сексуальной активности; б) *Танатос* – инстинкт смерти, стремление к разрушению, агрессии, который, будучи направлен вовне, определяет гомицидные тенденции, а если внутрь, – то к суициду и членовредительству.

Типы тревоги

3. Фрейд определяет тревогу в качестве неприятного эффекта, предупреждающего Эго о надвигающейся опасности с целью стимуляции более адаптивного поведения.

- 1) Реальная тревога (реально обоснованная) – возникает как эмоциональная реакция на реальную опасность.
- 2) Невротическая тревога – тревога относительно способности Эго контролировать импульсы и желания со стороны Ид, особенно сексуальные и агрессивные.
- 3) Моральная тревога – тревога Эго перед угрозами со стороны супер-эго.

Психогенетическая модель основана на выделении З. Фрейдом 5 стадий психосексуального развития и при этом акцентировании внимания на детских травмах как ключах доступа к невротическим расстройствам зрелого возраста.

- 1) Оральная стадия (от 0 до 18 месяцев): новорожденный полностью зависит от своего окружения в отношении удовлетворения любых потребностей, в процессе чего все его удовольствия сосредоточены на области рта; таким образом ребенок получает удовлетворение от сосания, кусания, поглощения пищи во время кормления.
- 2) Анальная стадия (от 18 месяцев до 3 лет): на данной стадии отмечается смещение удовлетворения к зоне ануса;

это отражается озабоченностью по поводу удержания и изгнания не только фекалий, но и других лиц; Фрейд заметил, что во время приучения к туалету у ребенка появляется первый опыт навязывания ему извне контроля, следовательно, схема приучения к туалету может оказывать влияние на развитие определенных личных качеств и возникновение конфликтов.

- 3) Фаллическая стадия (от 3 до 6 лет): на этом этапе ребенок познает различия между полами (между мужчиной и женщиной), и у него формируется *Эдипов комплекс* (у девочек этот же комплекс еще называется *комплексом Электры*); указанный комплекс характеризуется выраженными конфликтными переживаниями, от разрешения которых кардинальным образом зависит дальнейшее психосексуальное развитие индивидуума.
- 4) Латентная стадия (от 7 лет до пубертатного возраста): в этот период сексуальная проблематика отходит на задний план, а связанные с ней инфантильные сексуальные переживания, воспоминания и деятельность подавляются.
- 5) Генитальная стадия (пубертатный период): успешное ее завершение коррелирует с психосексуальной зрелостью; индивидуум становится способным к гетеросексуальной любви и достижению полноценного сексуального удовлетворения; в то же время те или иные стрессовые воздействия могут приводить к регрессу и фиксации либидо на более ранней стадии психосексуального развития.

Карл Густав Юнг, ученик и последователь Зигмунда Фрейда, создал собственное направление в психоанализе под названием *аналитическая психология*. В ее рамках личность рассматривается как целостность и единство мыслей, чувств, поведения, сознательного и бессознательного, направленных на адаптацию индивидуума к окружающей физической и социальной среде. К. Юнг также считал, что личность формируется под влиянием совокупного опыта предыдущих поколений людей и даже восходит к нашему эволюционному прошлому.

Структура личности в аналитической психологии:

- а) Эго – это сознательный разум, ответственный за наше чувство идентичности и преемственности (постоянства). Согласно теории К. Юнга [9], личность состоит из нескольких взаимодействующих подсистем: Эго, личное бессознательное с его комплексами, коллективное бессознательное с его архетипами и Самостью.
- б) Личное бессознательное – в целом соответствует фрейдовскому бессознательному и являетсяместилищем всех наших прошлых воспоминаний, скрытых инстинктов и личных устремлений. Оно состоит из комплексов, представляющих собой группы взаимосвязанных между собой эмоций и бессознательных ассоциаций, оказывающих существенное влияние на наши отношения, мысли и поведение.
- в) Коллективное бессознательное – могущественная и весьма влиятельная подсистема психики, содержащая в себе воспоминания и идеи, универсальные для всех людей и унаследованные от наших предков в ходе эволюции. Такие унаследованные воспоминания или общие темы встречаются во всех культурах и религиях, находя также свое отражение как в древней, так и современной литературе. К. Юнг особо выделяет 4 наиболее важных архетипа: Персона, Тень, Анимус&Анима и Самость.
- Персона – личность для публики (маска), посредник между Эго и реальным миром.
 - Тень – скрытая сторона персоны, содержит неприемлемые для нее черты, будь они положительными или отрицательными.
 - Анимус – это мужская часть женской психики, в то время как анима – женская часть мужской.
 - Самость – это врожденный потенциал единства и целостности психики, бессознательный принцип управления всей психической деятельностью, порождающий Эго как своего представителя, который способен идти на компромисс с внешней реальностью и который сам частично формируется этой реальностью.

Жизнедеятельность и динамика личности, по мнению К. Юнга, осуществляется за счет так называемой “*психической энергии*”, которую сравнивая с энергией либидо у З. Фрейда, можно было бы обозначить как десексуализированное либидо. При этом противоположность аффектов удовольствия и неудовольствия фактически отражает известную в физическом мире полярность между плюсом и минусом (*принцип противоположности*). Принцип эквивалентности, в свою очередь, является выражением общего закона сохранения и превращения энергии, который столь же актуален и для психической деятельности. *Принцип энтропийных состояний* позволяет нам объяснить “перетекание” психической энергии между различными психическими структурами.

Другой ученик и последователь З. Фрейда – **Альфред Адлер** является создателем такого направления, как *индивидуальная психология*. В то время как З. Фрейд в своих теориях делал акцент на сексуальности, а К. Юнг – на паттернах родового мышления, А. Адлер выделил социальный интерес как главный фактор человеческого поведения. Сознание он сделал центром личности в своей индивидуально-психологической теории или теории эго-личности [10].

Личность каждого человека А. Адлер рассматривает как нечто уникальное. Он также постулирует принцип динамизма, который определяет психодинамику и направленность каждого человека в будущее. Целеполагание и стремление к достижению установленной цели А. Адлер считает характерной особенностью психического аппарата.

Субъективность восприятия, по А. Адлеру, означает то, что люди мотивированы собственными представлениями о будущем в большей степени, нежели прошлым опытом. Личность, ее деятельность и поведение определяются субъективностью восприятия как внутренним фактором гораздо больше, чем какими-либо внешними причинами. Таким образом, человеческое поведение в целом определяется в первую очередь ожиданиями будущего.

А. Адлер также вводит понятие *вымышленного финализма*. Он считает, что многие люди живут и ведут себя так, как

будто бы рай или ад реальны для их личного будущего. При этом большинство из них отнюдь не думают об этом, как о чем-то доказанном. Тем не менее учитывая все сказанное, можно утверждать о высокой степени значимости фантазии о грядущем финале личной судьбы, оказывающей существенное влияние на поведение человека в настоящем. Таким образом, фантазируемое будущее оказывает непосредственное влияние на настоящее.

Стиль жизни. Самость (или Я), по А. Адлеру, – это персонализированная субъективная система, которая интерпретирует жизненный опыт индивидуума, наделяя его смыслом и способствуя реализации уникального жизненного стиля, который сам по себе следует рассматривать как своеобразный системный принцип индивидуального личностного функционирования.

Стремление к успеху. Творческое Я конструирует личность из материала наследственности и опыта. Адлер верил в то, что люди, стремясь к превосходству над другими, хотят быть более общительными, альтруистичными, знающими, творческими, уникальными и одновременно заинтересованы в поддержке социума. При этом все пытаются компенсировать так или иначе собственные комплексы неполноценности, исходя из того, что они сами считают физическими, интеллектуальными или социальными недостатками.

Социальный интерес. Социальный интерес – это неизбежная компенсация за все наши природные недостатки.

Порядок рождения. А. Адлер считал, что порядок рождения – важный фактор контроля личности. В частности, он предполагал, что в семье старший ребенок, подготовленный к появлению соперника, скорее всего станет ответственным и покровительствующим другим человеком, средний ребенок вероятнее всего разовьет в себе такие черты, как амбициозность и уравновешенность, а вот младший ребенок рискует быть так или иначе испорченным.

Психосоциальная теория Эрика Эриксона

Э. Эриксон [11] выдвинул собственную теорию развития личности, фокусируясь на проблеме социальной адаптации.

По его мнению, с возрастом каждый из нас сталкивается со все более широким кругом людей и отношений. То, как мы решаем возникающие в связи с этим проблемы на разных стадиях психосоциального развития (8 стадий), дифференцирует и определяет в дальнейшем наше психическое развитие и взросление. Сделанный Э. Эриксон акцент на социально-культурных факторах психического развития индивидуума – важнейшая отличительная черта его подхода. Кроме того, он рассматривал развитие личности как процесс, продолжающийся на протяжении всей жизни человека. Центральное место в данном процессе занимает формирование *эго-идентичности*. При этом особое внимание Э. Эриксон уделяет *кризису идентичности* подросткового периода. Он считал, что “поэтапное развитие человеческой личности принципиально предопределено готовностью растущего человека к движению вперед (развитию), осознанию и взаимодействию с расширением социального радиуса”. Общество со своей стороны “устанавливает рамки интеграции этой череды индивидуальных возможностей и ресурсов социального взаимодействия, защищая и поощряя нормальный темп и правильную последовательность их реализации и завершения”. На этом пути молодые люди должны создавать некую центральную перспективу и направление развития, дающее им осмысленное чувство единства и цели. Благоприятные исходы каждого этапа психосоциального развития личности, иногда обозначаемые как *добродетели* и в таком виде используемые в работах Э. Эриксона, в контексте медицины ближе всего к понятию *потенции*.

Выделенные Э. Эриксонем *добродетели*, приобретаемые в порядке этапов психосоциального развития, следующие:

1. *Базисное доверие vs базисное недоверие*. Эта стадия охватывает период младенчества (до 1 года). При этом вопрос, что развивается у ребенка – базовое доверие или базовое недоверие – связан не только с воспитанием. Многие обусловлено различными социальными компонентами, и прежде всего определяется отношениями с матерью. Мать обеспечивает и отражает внутреннее восприятие надежности и собственной значимости для ребенка. Если ей это удастся, у ребенка разви-

вается чувство доверия, добродетель под названием “надежда”, что в конечном счете способствует формированию основы для *чувства идентичности*.

2. *Независимость vs стыдливость*. Для раннего детства (от 1 до 3 лет) определяющим становится подход с позиции: автономия vs стыдливость и сомнения. На данном этапе ребенок приучается к туалету и осваивает связанные с этим так или иначе другие навыки.

3. *Инициативность vs чувство вины*. В дошкольном возрасте (от 3 до 6 лет) наиболее важным становится то, насколько у ребенка развита способность что-то делать самостоятельно, например, одеваться. Если он вдруг окажется “виноват” в том, что сделал собственный выбор, то данный момент может сказаться неблагоприятным образом на его психическом функционировании в дальнейшем. При этом Э. Эриксон считает, что в большинстве случаев подобного рода коллизии разрешаются вполне благополучно: большая часть вины быстро компенсируется чувством выполненного долга. После успешного завершения данного этапа у ребенка формируется такая добродетель, как целеустремленность.

4. *Предприимчивость vs чувство неполноценности*. Этот этап характерен для раннего школьного возраста (от 6 до 11 лет). Ребенок постоянно сравнивает себя с другими (например, в классе), распознавая при этом весьма большое число различий, и на этой основе постепенно вырабатывает собственную самооценку. В данной ситуации Э. Эриксон придает особую роль учителю, который обязан следить за тем, чтобы никто из детей не чувствовал себя униженным. В результате успешного завершения данного этапа развития формируется добродетель, которую можно обозначить как уверенность и компетентность.

5. *Идентичность vs ролевая запутанность*. Возрастные рамки данного этапа соответствуют подростковому периоду (от 12 до 18 лет). Для подростка актуальны вопросы, которые он задает самому себе: Кто я? Как я вписываюсь в общество? Куда иду по жизни?.. Если родители позволяют ребенку все эти “исследования”, то они параллельно завершают развитие и собственной идентичности. Если же они постоянно подтал-

кивают подростка к тому, чтобы он соответствовал в первую очередь их взглядам и представлениям, то подросток рискует столкнуться с путаницей в плане личностной идентичности. В случае успеха формируется добродетель под названием “верность” или “преданность”.

6. *Близость vs изоляция.* Это первая стадия уже взрослого развития в молодом возрасте (18–35 лет). Дружба, любовь, брак и семья – важнейшие моменты данного этапа жизни. Выстраивая успешные любовные отношения с другими людьми, молодой человек развивает и в самом себе способность к близости и любви. Тот же, кто проявляет неспособность к формированию длительных отношений, рискует оказаться в ситуации изоляции и одиночества.

7. *Прогрессивность vs стагнация.* Это уже второй взрослый этап психосоциального развития, характерный для возраста от 35 до 64 лет. На этом этапе люди обычно вполне устроены в жизни и хорошо знают, что для них действительно важно, а что нет. В профессиональном плане кто-то из них достаточно уверен в собственном выборе и нацелен на карьерный рост, а кто-то менее уверен, что будет заниматься первоначально выбранным делом до конца своей трудовой жизни. В этот период люди обычно получают удовольствие от воспитания детей и участия во всех видах деятельности, дающих ощущение цели. Если же человек испытывает нарастающий дискомфорт от жизни, то у него чаще возникают сожаления по поводу принятых ранее и принимаемых решений, а также чувство собственной бесполезности и ненужности.

8. *Целостность Я vs отчаяние.* Данная стадия имеет отношение к возрастной группе от 65 лет и старше. В течение этого периода человек доходит до последней главы собственной жизни, уходит на пенсию или приближается к ней. Большинство людей, добившихся того, что для них всегда было важно, с удовлетворением оглядываются на прожитую жизнь, свои прошлые достижения, испытывая при этом чувство целостности бытия. Те же, кто испытывал соответствующие трудности на предыдущем этапе жизни, оглядываясь назад, могут почувствовать отчаяние. Основная добродетель, приобретаемая на данной стадии – это мудрость.

Исследования Э. Эриксона подтверждают, что желательным для становления любого человека является достижение оптимального баланса вышеуказанных крайних позиций на основе сохранения определенного напряжения между ними на каждом из 8 этапов психосоциального развития.

Карен Хорни

К. Хорни (1885–1952) привнесла в психоаналитическую теорию феминистскую точку зрения, довольно резко нападая на мужскую предвзятость, которую она усмотрела в работах З. Фрейда. В качестве двойника женской зависти к пенису, выделенной в свое время З. Фрейдом, ответным образом К. Хорни выделила у мужчин специфическую зависть к женской способности иметь потомство. По ее мнению, мужчины и женщины фактически одинаково завидуют атрибутам другого пола, но при этом женщин в большей степени интересует социальный статус мужчин, нежели их половые органы. Она также предположила, что молодежь склонна испытывать такие чувства, как угрозу и беспомощность, и пытается справляться с этим, проявляя либо привязанность, либо враждебность по отношению к окружающим, либо вообще отказываясь от каких-либо отношений. Те, кто использует все 3 вышеуказанные стратегии, являются здоровыми людьми, а те, кто предпочитают какую-либо одну, – склонны к психическим расстройствам [12].

Потребности детства. К. Хорни считает, что в детском возрасте наиболее важными являются 2 потребности – в удовлетворении и безопасности.

Базовая тревога. По мнению К. Хорни, это чувство одиночества и беспомощности, обусловленное подавлением враждебности.

Невротические потребности. Устойчивые составляющие личности, возникающие в результате повторяющихся жизненных неудач и стрессов.

К. Хорни выделяет 10 невротических потребностей личности в рамках 3 больших категорий:

1. *Потребности, приближающие вас к другим (потребности приближения).* Эти потребности заставляют людей искать

подтверждения собственного принятия со стороны окружающих, из-за чего они весьма часто выглядят нуждающимися, цепляющимися за других, ищущими одобрения и любви. К данной категории относятся потребности в привязанности и одобрении, в партнере, а также в похвале, признании и личном восхищении.

2. *Потребности, отдаляющие вас от других (потребности отдаления)*. Эти невротические потребности порождают враждебность и антисоциальное поведение. Такие личности часто описываются как холодные, равнодушные и отчужденные. Потребности данной категории включают в себя желание ограничения собственной жизни, стремление к самодостаточности и независимости.

3. *Потребности, настраивающие вас против других (потребности в конфронтации)*. Реализация этих потребностей приводит к возникновению враждебности и необходимости контроля других людей. Таких людей обычно описывают как трудных, властных и недобрых. К данной категории следует отнести стремление к власти, эксплуатации других людей, потребность в личных достижениях и престиже, а также потребность в совершенствовании и непоколебимости.

Д. Гуманистические теории личности.

Холистически-динамическая теория Абрахама Маслоу [13]. Получив образование психолога-бихевиориста, А. Маслоу тем не менее быстро пришел к выводу, что бихевиоризм не способен дать полноценного объяснения его наблюдениям за развивающимися детьми. Он утверждал, что люди рождаются *хорошими* и в процессе своего развития стремятся к *самореализации* как основной жизненной цели.

Иерархия потребностей (по А. Маслоу):

- 1) *Физиологические потребности*. Это – потребность в кислороде, воде, белках, жирах, углеводах, витаминах и минеральных веществах. Также следует указать на физиологическую потребность в активности и отдыхе, сне, сексе, избегании боли и избавлении от шлаков.
- 2) *Потребность в безопасности*. Когда физиологические потребности в значительной степени удовлетворены, в

игру вступают потребности второго уровня, связанные со стремлением к безопасности, стабильности и защите.

- 3) *Потребность в любви и принятии.* Удовлетворение физиологических потребностей и потребности в безопасности способствует проявлению потребностей третьего уровня – в друзьях, любимых, детях, эмоциональных отношениях в целом и даже в чувстве общности.
- 4) *Потребность в уважении.* А. Маслоу выделил 2 варианта потребности в уважении: низшего уровня и высшего уровня. Потребность в уважении низшего уровня связана с уважением извне, со стороны других лиц, то есть это потребность во внимании окружающих, признании, славе, высоком общественном статусе и доминировании над другими людьми. Потребность в уважении высшего уровня – это потребность в самоуважении, связанном с чувством уверенности в себе, собственной компетентности, мастерстве, ощущением независимости и личной свободы.
- 5) *Потребность в самоактуализации* – стремление к предельной реализации личного потенциала.

Теория самости Карла Роджерса. Данная теория [14] представляет собой последовательно организованный набор убеждений и представлений о себе, формирующихся в процессе накопления личного жизненного опыта. Жизненный опыт, несовместимый с самооценкой, вызывает ощущение угрозы и чувство тревоги. К этому можно адаптироваться путем незначительного изменения самооценки при наличии достаточно развитого адаптационного ресурса. По мнению К. Роджерса, все люди рождаются с потребностью *безусловно положительного* отношения к себе, в принятии и любви как со стороны других, так и самого себя. Изменение указанного отношения стимулирует компенсаторное поведение, направленное на одобрение или неодобрение самих себя. Расхождение между *Я* истинным и *Я* идеальным (навязанным нам общественным мнением) обозначается К. Роджерсом как *неконгруэнтность*. Таким образом, чтобы быть в достаточной степени функциональным (терминология К. Роджерса) и сохранять себя в процессе само-

актуализации, необходимо научиться принимать самого себя (безусловное позитивное самоуважение), параллельно стремясь к единству истинного и идеального Я.

Е. Поведенческие теории личности.

1) Весьма влиятельный психолог-бихевиорист второй половины XX столетия ***Беррес Фредерик Скиннер***, опираясь на результаты собственных экспериментальных исследований поведения животных и людей, разработал так называемую ***оперантную теорию обусловливания***. Б. Скиннер утверждал, что поведение – это и есть личность. Условия окружающей среды, особенно непредвиденные нами, полностью определяют наше личностное становление. Таким образом, если мы меняем чью-то среду, мы изменяем и его личность [15].

2) Из первых когнитивных теорий личности наиболее известна ***теория личностных конструктов Джорджа Келли*** [16], который считал, что все люди, пытающиеся разобраться в устройстве окружающего мира, мыслят и ведут себя наподобие ученых, т.е. проводят разного рода “тесты”, пересматривают “гипотезы” об окружающей их социальной реальности, создавая таким образом индивидуально-личностные конструкции (или конструкты). При разработке собственных личностных конструктов мы ориентируемся на похожих или отличающихся от нас других людей. В конечном счете личностные конструкты представляют собой набор биполярных категорий, которые используются в качестве ярлыков, помогающих нам классифицировать и интерпретировать окружающий мир. Примерами личностных конструктов могут быть следующие биполярные категории: счастливый/несчастный, энергичный/пассивный, эгоистичный/щедрый и др. Мы применяем наши личностные конструкты ко всем ситуациям, в которых участвуем, и пересматриваем их в случае недостаточной точности. Личностные конструкты полностью определяют нашу личность. При этом люди с дефицитом личностных конструктов вынуждены воспроизводить стереотипы поведения других людей, а те, у кого их избыток, испытывают трудности с предсказанием чужого поведения.

3) Американский психолог **Альберт Бандура** [17] считает, что обучение через наблюдение обладает большей эффективностью, чем оперантное кондиционирование. Он объясняет человеческое поведение, исходя из собственной *концепции реципрокного (взаимного) детерминизма*, в соответствии с которой личностные характеристики человека, его поведение и окружающая среда оказывают взаимное влияние друг на друга посредством двусторонних причинных отношений. Понятие личности (персоны), по теории А. Бандуры, включает в себя, помимо личностных характеристик как таковых, когнитивные процессы и навыки саморегуляции. В понятие человеческого поведения он включает характер, частоту и интенсивность тех или иных действий. Понятие окружающей среды отражает стимулы, исходящие из социальной или физической сферы жизнедеятельности, а также обстоятельства непредвиденного подкрепления. По мнению А. Бандуры, *самоэффективность* – главный показатель качества регуляции нашей жизни. Самоэффективность – это уверенность в том, что мы достаточно компетентны и можем осуществлять поведение, необходимое для выполнения конкретных задач. А. Бандура распространил свою теорию не только на индивидуальное, но и на групповое поведение. Его понятие *коллективной эффективности* отражает представление о том, что только совместными усилиями группа может добиться желаемого результата.

4) **Теория социального обучения Джулиана Роттера** сосредоточена на таком понятии, как *локус-контроль*, которое отражает наше представление о зависимости подкрепления или результата нашего поведения от: наших собственных действий, личностных характеристик, внешнего контроля (со стороны других лиц) или же оно совершенно непредсказуемо. Лица с внутренним локус-контролем считают, что именно они контролируют ситуацию и они сами ответственны за то, что с ними происходит, например, их упорный труд вознаграждается [18].

Заключение

Следует отметить, что все вышеперечисленные теории личности подчеркивают важность личного опыта, особенно детских

переживаний, в формировании личности и последующем влиянии на ее функционирование. Естественно, что значимость этих переживаний по отдельности и в целом – в развитии и становлении зрелой личности – широко варьирует. Тем не менее жизненный опыт во всех теориях личности занимает центральное положение, в то время как физиологическим факторам отводится второстепенная роль. И хотя в отдельных теориях упоминается о наследственности и других биологических факторах (например, в теории А. Айзенка), в целом их вклад в развитие личности в подавляющем большинстве случаев фактически игнорируется. В большинстве теорий описываются, с одной стороны, общие психологические характеристики, черты, стереотипы поведения и развития, свойственные всем людям, а с другой, – наиболее вероятные индивидуальные особенности отдельного человека. В конечном счете все объясняется взаимосвязанностью указанных теорий с тем или иным направлением психотерапевтической практики, запросы которой они как раз и должны удовлетворять. Если же говорить о комплексной интерпретации личности, то она обязана опираться, как минимум, на следующие детерминанты: данные генетики, преимущественно наследственно обусловленные устойчивые личностные черты, социально-культурные факторы, а также когнитивные процессы, включая обучение, бессознательные механизмы и экзистенциальные данности.

Контрольные вопросы

1. Какие типы темперамента были выделены Гиппократом?
2. Каковы 2 основных типа личностных черт в теории Кеттела?
3. Кем были выделены такие личностные факторы, как экстраверсия, нейротизм и психотизм?
4. Какая модель личности выступает под названием Большая пятерка?
5. Какие 3 подсистемы выделил Зигмунд Фрейд в рамках структурной модели личности?

6. Какие 5 стадий психосексуального развития выделяются в рамках психогенетической модели Зигмунда Фрейда?
7. Какие наиболее важные архетипы, по мнению Карла Густава Юнга, входят в состав коллективного бессознательного?
8. Как называется направление в психологии, созданное Альфредом Адлером?
9. Сколько этапов психосоциального развития выделяется в теории Эрика Эриксона?
10. Что подразумевает Карен Хорни под понятием “невротические потребности”?
11. Кому принадлежит понятие “иерархия потребностей”?
12. Кто из авторов считал, что люди рождаются с потребностью “безусловно положительного отношения к себе”?
13. Кем была разработана оперантная теория обусловливания?
14. Каково содержание понятия “личностные конструкты”?
15. В рамках какой теории личности понятия самоэффективности и коллективной эффективности играют определяющую роль?

Л и т е р а т у р а

1. Allport G.W. Personality: a psychological interpretation. – New York: Holt, 1937.
2. Child I.L. Personality in Culture // Handbook of personality theory and research / Eds. E.F. Borgatta, W.W. Lambert. – Chicago: Rand McNally, 1968.
3. Merenda P.F. Toward a Four-Factor Theory of Temperament and/or Personality // J. Pers. Assess. – 1987. – V. 51. – P. 367-374.
4. Sheldon H. The Varieties of Temperament // Archived from the original on 2012-02-24 via University of Delhi. – New York; London: Harper & Brothers, 1942.
5. Cattell R.B. The scientific analysis of personality. – Baltimore: Penguin Books, 1965.
6. Eysenck H.J. Dimensions of personality: 16, 5 or 3? Criteria for a taxonomic paradigm // Personality Individ. Diff. – 1991. – No 12. – P. 773-790.
7. Costa P.T., McCrae R.R. Six approaches to the explication of facet-level traits: Examples from conscientiousness // Eur. J. Psychol. – 1998, N 12. – P. 117-134.
8. Freud S. The resistances to psychoanalysis. In the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. – Vol. XIX (1923–1925): The Ego and the Id and other works 1961. – P. 211-224.
9. Jung C.G. On the nature of psychology. – Princeton: Princeton University Press, 1960.
10. Adler A. The practice and theory of individual psychology. – London: Routledge, Kegan Paul, 1923.
11. Erikson E.H. The life cycle completed. – New York, NY: Norton, 1982.
12. Horney K. Feminine psychology. – New York: Norton, 1967.
13. Maslow A.H. Toward a psychology of being. – New York: Van Nostrand, 1968.
14. Rogers C.R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework // Psychology: a study of a science, 3 Ed. S. Koch New York: McGraw-Hill, 1959. – P. 184-256.
15. Skinner B.F. Science and human behavior. – New York: Macmillan, 1953.

16. Hall C.S., Lindzey G. Theories of personality. – New York: John Wiley & Sons, Inc, 1970.
17. Bandura A. A social learning interpretation of psychological dysfunction // Foundations of abnormal psychology / Eds. P. London & D. Rosenhan. – New York: Holt, Rinehart & Winston, 1968.
18. Rotter J.B. Level of aspiration as a method of studying personality. II. Development and evaluation of a controlled method // J. Exp. Psychol. – 1942. – Vol. 31. – P. 410-422.

КАДР – ДОСТИЖЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИЗА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ПОГРАНИЧНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Проблема определения пограничного уровня функционирования пациентов в психоаналитической парадигме

Название “пограничные” случаи”, “пограничные состояния” и “boder-lines” относятся к одним и тем же болезненным психическим состояниям. Термин пограничные расстройства (“boder-lines”) впервые был использован В.В. Эйзенштайном в 1949 г., но о существовании клинических проявлений не соответствующих ни классическому невротическому семейству, ни классическому психотическому, говорили психиатры задолго до этой этого. Например, начиная с 1893 г. о виде “мягких форм шизофрении” – Э. Крепелин и с 1885 г. о виде “гебоидофрении” – К. Кальбаум. К настоящему времени сложилось множество терминов, которые используются для описания таких плохо классифицируемых патологических форм, как психопатические личности, личности “как если бы” (as if), перверсные личности, псевдоневротическая шизофрения и т.д.

В психоаналитической среде о таких пациентах в 1953 г. заговорил Р. Найт, заметив: “Является ли сейчас невротический пациент типичным для психоаналитического лечения как во времена З. Фрейда в конце XIX в. или в наше время в центре психоаналитического лечения становится пограничный пациент?”. Действительно, в своих работах после 1921 года З. Фрейд описал структурную модель психики (Супер-Эго, Эго и Ид) и ввел новый конфликт между влечением к смерти и влечением к жизни и вышел за рамки определения невротического конфликта, чтобы установить различие между многообразными не невротическими категориями. Для этого З. Фрейд разработал концепцию нарциссизма, подчеркнул роль аффективных

травм и фрустраций ребенка, когда основной постэдипальный конфликт не располагается между Эго и Супер-Эго. В 1924 г. в работе “Невроз и психоз”, где З. Фрейд предложил новые гипотезы генетического различия между неврозами и психозами, он описал деформацию *Я*, располагающуюся между психотическим расщеплением и невротическим конфликтом [1]. В работе того же года “Потеря реальности при неврозе и психозе” З. Фрейд пишет: “Невроз не отрицает реальность, он хочет только ничего не знать о реальности; психоз отрицает реальность и пытается ее заместить” [1]. В работе “Отрицание” 1925 г., он описывает защитные механизмы – расщепление и отказ, намечая именно тот “нарциссический тип личности”, на который ссылаются современные психоаналитики, метапсихологически разрабатывая психическую экономику пациента с пограничной патологией.

За несколько десятилетий теоретизирования в современном психоанализе сложилось несколько основных подходов к метапсихологическому пониманию пациента с пограничной патологией. Исторически влияние на психотерапевтическое мышление психоаналитиков и психотерапевтов в России оказывали идеи англо-саксонского направления в лице О. Кернберга (2000) и идеи французской школы психоанализа на понимание пациентов с пограничными расстройствами [2, 3].

О. Кернберг, развивая идеи объектной школы психоанализа, особенно М. Кляйн, и идеи Эго – психологии Х. Хартмана, предположил, что существуют 3 основные структурные организации: невротическая, пограничная организация личности и психотическая. Критериями для различения которых он предложил использовать:

- степень интеграции идентичности;
- типы привычных защитных механизмов;
- способность к тестированию реальности.

Так, у пограничной организации личности, по мнению О. Кернберга, существует четкая граница между *Я*-репрезентациями и объект-репрезентациями, как и у невротических пациентов, но диффузность их идентичности, когда противоречивые друг другу аспекты *Я* и других плохо интегрированы

между собой и даже часто отделены друг от друга, сближает их с личностями психотической организации. Защитные механизмы оберегают пациента с пограничной организацией от интрапсихического (внутреннего) конфликта, и главным механизмом выступает расщепление, а также другие примитивные механизмы, как примитивная идеализация, проективная идентичность, отрицание, всемогущество и обесценивание. То, что касается тестирования реальности, то у таких пациентов способность к тестированию реальности сохранена, т.е. существует способность различать Я и не-Я, отличать интрапсихическое от внешних источников восприятия и стимулов, но все же, как отмечает О. Кернберг, у них за счет работы примитивных защитных механизмов наблюдается искажение реальности и чувства реальности.

Во Франции метапсихологические размышления о пограничной структуре личности и пограничном уровне функционировании психики, развивались другим путем. Французские психоаналитики оттолкнулись от идеи М. Буве, который определил понятие “прегенитального” объектного отношения, в большой степени отличного от психотического слияния с объектом, но и отличного от невротического объектного отношения, поскольку связи с эдиповым комплексом остаются очень фрагментарны или случайны, а триангуляция эдипального конфликта не выполняет роль подлинного организатора психики субъекта. Следуя и развивая идеи З. Фрейда и М. Буве, Ж. Бержере предлагал рассматривать только 2 устойчивые, постоянные структуры: невротическую и психотическую.

Под структурами он понимал индивидуальное психическое образование, которое формируется у субъекта начиная с рождения, в соответствии с унаследованными определенными факторами, в особенности стилем отношений с родителями, в зависимости от случившихся фрустраций, травм и конфликтов, от защит сформированных Я, чтобы оказывать сопротивление внутреннему и внешнему давлению влечением Оно и реальности. Однако между двумя устойчивыми структурами существуют иные типы организации, которые занимают промежуточную позицию – это *пограничные состояния психики с*

депрессивными или фобическими аспектами, перверсии или патологии характера. Ж. Бержере подчеркивает, что “промежуточная позиция” не означает нозологической ситуации близкой к одной или другой крупной структуре (невротической или психотической), оставаясь полностью специфической, и она ни в коей мере не образует перехода от одной структуры в другую. Напротив, это промежуточное семейство представляется очень хрупким, по сути, *пограничное состояние психики* во французской психоаналитической школе понимается как нарциссическое расстройство, которое характеризуется страхом утраты объекта, страхом быть покинутым; объектные отношения таких субъектов отличаются сильной зависимостью, они постоянно нуждаются в “опоре на” или “о” кого-то, основные психические защиты – это раздвоение Имаго и форклюзия (по Ж. Лакану). Если такое психическое состояние психики субъекта и декомпенсируется, по мнению французских психоаналитиков, то основным симптомом будет депрессия. Важно подчеркнуть, что в парадигме французской школы психоанализа реальный смысл депрессии – это внутренний траур, утрата нарциссического объекта, образующего *самость, т.е. чувства ценности субъекта*.

Ж. Бержере описывает 2 дезорганизующих момента, которые приводят к пограничному уровню функционирования. Первая дезорганизующая травма (серьезная фрустрация, сексуальное соблазнение взрослым, потеря объекта привязанности) происходит во время, когда должна проходить нормальная эволюция эдипового конфликта (3–5 лет), что приводит к *смятению влечений еще незрелого Я* в плане опосредования, адаптации и психических защит, и начинает формироваться ранний *псевдодолатентный* период. Вторая дезорганизующая травма происходит в конце подросткового возраста, когда *сильный приступ тревоги* дезорганизует *Я* и может привести к невротическому направлению, или направлениям: психотическому или психосоматическому. Важно отметить, что как первая дезорганизующая травма, так и вторая может замещаться серией повторяющихся “микротравм” [3].

При обобщении идей французской психоаналитической школы важно отметить, что если имплицитно классический

невроз соответствует генитальной линии развития – Эдип, пенис, Сверх-Я, сексуальные конфликты, чувство вины, страх кастрации, симптомы невротические; тогда как пограничное состояние психики принадлежит вследствие более примитивных защитных механизмов к нарциссической линии развития психики субъекта – нарциссизм, фаллос, Идеал-Я, нарциссическая рана, страх утраты объекта, депрессия [3].

В целом можно предложить идею А. Грина для размышлений о таких пациентах: если для З. Фрейда страдания пациента описывались конфликтом Эдипа, то психические страдания пациента с пограничным состоянием психики можно описать терзаниями Гамлета с вопросом “Быть или не быть”.

На первый взгляд такие разные подходы к пониманию *пограничной структуры личности* (О. Кернберг) или *пограничного состояния психики* (Ж. Бержере), привели к некоторым существенным изменениям в психоаналитической технике в работе с пациентами пограничного уровня функционирования. Далее, отталкиваясь от классической модели психоаналитического лечения невротического пациента, будет показано какие технические изменения предлагают современные психоаналитики для работы с такими пациентами.

Некоторые технические изменения в работе с пограничными расстройствами в современном психоанализе

Важно отметить, что классическое психоаналитическое лечение теоретизировано З. Фрейдом для истерических пациентов, которые страдают *от фантазий*, что их соблазняли. Он рассматривает невроз в качестве последовательной триады, состоящей из инфантильного невроза, взрослого невроза и невроза переноса, что задает и модель психоаналитического лечения, когда *формирование невроза переноса и его интерпретация* является основным техническим моментом. Таким образом, при лечении различных видов неврозов преобладает *анализ переноса*. Посредством анализа сопротивления узлы невроза развязываются практически сами собой. Анализ же

контрпереноса (бессознательная реакция психоаналитика на пациента) может быть ограничен осознанием тех элементов конфликта внутри психоаналитика, которые не благоприятствуют развитию переноса. В пределе роль аналитика как объекта анонимна: его место мог бы занять другой аналитик. Из всех элементов влечения (источник, сила, давление и объект) легче всего заменить объект. Вытекающая отсюда классическая теория развития З. Фрейда считает субъекта способным к развитию без посторонней помощи – несомненно, при определенной помощи объекта, на который он полагается, но без растворения в объекте и без потери объекта.

В отличие от невротизов в пограничных состояниях можно наблюдать отсутствие инфантильного невротиза, полиморфный характер так называемого взрослого “невротиза” и расплывчатость невротиза переноса в ходе психоаналитической психотерапии. *Существенным техническим отличием является для таких пациентов важность присутствия и помощи объекта.* От психоаналитика или психотерапевта в работе с пограничным пациентом требуется не только его способность к аффектам и эмпатии, но и его способность думать и понимать, даже в какой-то степени создавать новые смыслы, поскольку структуры смысла, по мнению психоаналитиков, у таких пациентов бездействуют. Именно в психотерапевтическом лечении пациентов пограничного уровня функционирования контрперенос психоаналитика обретает наиболее широкое значение: от чувств, эмоций до различных психических состояний, включая сновидения психоаналитика о пациенте.

Таким образом, техника анализа невротизов дедуктивна, техника анализа пограничных состояний – индуктивна (А. Грин), отсюда весь связанный с ней риск.

В работе с пограничными пациентами А. Грин предлагает иную технику интерпретации, которая должна давать *пространство потенциального* для пациента, *пространство отсутствия*, поскольку еще З. Фрейд констатировал, что именно в отсутствии создается репрезентация, источник мышления. Так психотерапевт вместо утверждения “это значит, что...”, будет пытаться пробудить психическую работу пациента фра-

зой “это может значить, что...”. Так же в работе с такими пациентами психотерапевту опасно как много молчать, так как они переживают это молчание как безразличие или пустоту в отношениях с понимающим объектом (психотерапевтом), так и много говорить или интерпретировать, что переживается таким пациентом как вторжение или преследование плохого объекта (психотерапевта). Такие технические изменения позволяют пациенту больше опираться на работу с психотерапевтом как *внешним объектом*, чтобы в ходе психоаналитической работы ему можно было переживать *трансформацию качества внутреннего объекта*, который, как было отмечено ранее, никогда не был полным и удовлетворительным образом внутренне сформирован, чтобы по возможности проделать работу горя разделения с первичным объектом.

Таким образом можно обобщить, что работы авторов, которые пишут о пограничных состояниях – неважно, насколько по-разному они их описывают, какие выдвигают причины и какие техники используют при их лечении, построены на 3 принципиальных фактах:

- 1) переживание первичного слияния свидетельствует о неразличении субъекта и объекта, когда психические границы субъекта становятся размытыми;
- 2) из диадной организации “пациент-аналитик” вытекает особый способ символизации в процессе психотерапевтического взаимодействия;
- 3) *наличествует потребность в структуральной интеграции через объект.*

Еще одно важное понимание различия между неврозами и пограничными состояниями – это то, что если имплицитная модель невроза связана с негативом перверзии (З. Фрейд), то имплицитная модель пограничных состояний показывает современному психоаналитику противоречие, возникшее из-за двойственности: тревоги разделения /тревоги вторжения объекта. Результат этой двойной тревоги, которая часто становится мучительной, имеет отношение, по мнению А. Грина, не к проблеме желания (как при неврозе по З. Фрейду), а к *формированию мышления (идеи Р. Биона).*

В заключение можно отметить, что в современной технике работы с такими пациентами в психоаналитической парадигме наметились тенденции:

во-первых, сосредоточенность на *психическом функционировании пациента* (Р. Бион и Парижская психосоматическая школа);

во-вторых, в клинической практике ставятся вопросы о функции аналитического кадра/сеттинга (Д. Винникотт, Ж. Блежер, Ж.-Л. Донне).

Далее мы рассмотрим, как появилось в психоаналитической технике понятие кадра и какое значение для клиники и психоаналитического лечения пограничного пациента оно играет.

Кадр и его работа – как достижение современного психоанализа

В классическом словаре Ж. Лапланша и Ж.-Б. Понталиса по психоанализу нет понятие кадра [4]. В работах по технике, которые опубликованы с 1903 по 1918 гг., З. Фрейда предлагает *технические условия*, для того чтобы происходило психоаналитическое лечение. Например, в работе “О начале лечения” 1913 г. З. Фрейд описывает не только свой личный путь открытия и развития психоаналитического метода, но и условия, которые необходимы для психоаналитического лечения: 6 раз в неделю, по 1 часу, оплата сеансов, включая пропущенные, метод свободных ассоциаций, нейтральность психоаналитика и основное правило психоанализа. Именно в этих условиях, по мнению З. Фрейда, формируется невроз переноса и перенос на аналитика, которые описывали психоаналитический процесс. Для З. Фрейда было очень важно метапсихологически доказать, и он делает это в статье “О динамике переноса” в 1912 г., что *перенос формируется не самим психоанализом, а болезнью – неврозом*. В наследство современным психоаналитикам он имплицитно оставил модель психоаналитического лечения: инфантильный невроз – невроз защиты – невроз переноса.

Исторически понятие “setting” появилось в работах Д. Винникотта (set up, setting). Он настаивал, что *определенная и*

стабильная аналитическая ситуация (setting) необходима для того, чтобы в условиях безопасности способствовать фундаментальному терапевтическому фактору, необходимому для лечения пациентов в психоаналитическом процессе – *регрессии*. Сеттинг начал рассматриваться “как переходный элемент” (в смысле переходного пространства по Д. Винникотту). Важно сказать, что в российской психотерапевтической среде слово “*setting*” осталось без перевода и в англоязычной форме используется, чтобы говорить о правилах и психотерапевтическом контракте.

В данном пособии термин “*le cadre*” из французской психоаналитической школы мы предлагаем оставить без перевода как слово кадр, чтобы показать, что этот термин включает не только рамку, дословный перевод слова “*le cadre*” на русский язык, но и *игру того, что происходит внутри – снаружи психоаналитического процесса, который задается этой рамкой*. При таком понимании кадр – это всегда третий, по определению А. Грина – *психоаналитический третий*, который возникает только в результате встречи аналитика и анализируемого.

Таким образом, в психотерапевтической среде в России исторически сложилось, что до сих пор понятие кадра используется без дословного перевода на русский язык, как и сеттинг, чтобы сохранять специфику различных подходов к пониманию рамки психоаналитического лечения, особенно, для пациентов пограничного уровня функционирования.

За несколько десятилетий после выхода работ Д. Винникотта, написано множество статей о психотерапевтическом кадре, но в рамках данной работы предлагаем выделить идеи Ж. Блежера, С. Видермана, Ж.-Л. Донне, которые появлялись одновременно с первыми работами Андре Грина 60–70-е годы прошлого столетия, который концептуализировал современное клиническое мышление из переосмысления понятия кадра и понятия анализабельности пациента [5].

Первая статья о кадре “Психоанализ психоаналитического кадра” была написана в 1966 г. южноамериканским психоаналитиком Ж. Блежером [6]. Он включил в кадр “роль аналитика, совокупность факторов, влияющих на пространство (атмосферу)

и время, и часть техники”. Ж. Блежер подчеркивал необходимость поддержания кадра, *что будет достигнуто в основном путем интерпретации его возможных перерывов и растяжений, например, каникулы, из опоздания пациента*. Он настаивал на психоаналитическом значении кадра, даже когда он не является проблемой, на последствиях поддержания идеально нормального кадра. Кадр – это неявное, от которого зависит явное, он функционирует как опора, которую мы воспринимаем только тогда, когда он изменяется, так же как и воздух, который мы воспринимаем, когда его не хватает. Для этого автора кадр является хранителем психотической части личности пациента, он может быть дестабилизирован в результате анализа, поэтому он сравнивал кадр с симбиозом с матерью, основой идентичности пациента. По его мнению, кадр – это место, где происходит вклад в ту часть личности пациента, которая остается отщепленной без психоаналитического процесса.

С. Видерман своей работой 1970 г. “Построение аналитического пространства” потряс французское психоаналитическое сообщество. Он выдвинул идею, которая психоаналитикам очень близка и понятна вначале ХХI в., а именно, “что кадр позволяет перейти *от объективной истории к воображаемой истории...* позволяет тому, что возможно исторически не существовало, войти в аналитическое место и стать в нем основополагающим событием. Достаточно, чтобы это нечто было истинным” [7].

Ж.-Л. Донне развивал идеи С. Видермана, его первая работа 1973 г. “Хорошо темперированная кушетка” определяет кадр в его двойной функции, с одной стороны это барьер, связанный в отцовской функцией и Супер-эго, а с другой стороны – это “загон” для символического материнского. “...Мы никогда не сможем определить границы кадра в строгом смысле слова, но можем только сказать, что кадр не является – ни реальностью, внешней по отношению к аналитическому полю, ни самим этим полем” [8]. Другими словами, кадр можно понимать как место или как условие для формирования переноса. Кадр задает баланс реального и символического для благоприятного протекания психоанализа.

Ж.-Л. Донне в этой же работе освещает проблему связи между рамками психоанализа и психоаналитическим процессом. Словосочетание – “психоаналитический процесс” не использовалось З. Фрейдом, мы встречаем у него понятие невроза переноса. В 1960 г. А. Коре определяет *психоаналитический процесс как процесс, который зарождается и развивается у пациента в психоанализе в результате работы, совершаемой совместно с аналитиком, и таким образом невротический процесс, ответственный за невроз модифицируется и заменяется психоаналитическим процессом*. Ж.-Л. Донне пишет, “что для большинства психоаналитиков связь рамок и процесса сохраняют всю их двойственность. Рамки психоанализа не обладают достоинствами психоаналитического процесса, но они выступают необходимым условием второго, при этом мы не знаем, являются ли эти рамочные условия для психоанализа условиями, необходимыми внутренне, или необходимы только внешне” [8].

В любом случае “настоящие рамки” психоанализа должны находиться внутри психоаналитика и основываться на ясном сознании того, что он сохраняет положение аналитика”. Действительно, в период пандемии, психоаналитики отмечали важность работы *внутреннего кадра психоаналитика*, который формируется в ходе собственного психоанализа.

Важный вывод о работе кадра – интериоризация кадра позволяет психоаналитику проводить анализ того, что он делает, *анализ анализа*, а не только анализ переноса и контрпереноса.

В начале 70-х годов А. Грин начинает переосмысливать метапсихологию З. Фрейда, придавая ей новый импульс, осваивая незатронутые Фрейдом пространства психики. Так, в работе 1975 г. “*Аналитик, символизация и отсутствие в психоаналитическом кадре*” А. Грин положил начало новой эпохи формирования современного клинического мышления, также эта работа стала матрицей для последующих разработок по проблематике не невротического уровня функционирования пациентов.

К понятию кадра А. Грин подошел со стороны проблемы предела анализабельности пациента. Он вводит понятие “объ-

ект психоаналитический” – как продукт отношений бинама аналитик \ пациент в потенциальном пространстве кадра, когда аналитик выступает альтер-Эго пациента. По мнению А. Грина, анализируемость пациента связана, с одной стороны, с изобразимостью его психики и, с другой стороны – со способностью создавать объект психоаналитический. По определению Грина, это третий объект, который разделяет аналитика и пациента и одновременно, как переходный объект, объясняет потенциальную и промежуточную природу психоаналитического пространства.

В этой концепции А. Грина кадр в самом себе содержит элемент третьего с возможностью создания триангуляции в психике пациента. А. Грин предложил на этом этапе теоретизирования новую схему аналитического процесса: *перенос-контрперенос-кадр*.

В этот период теоретизирования А. Грин внес дополнение в понимание к классическому определению контрпереноса (П. Хайманн). Он подчеркивает центральную роль *изобразимости и воображения у психоаналитика*, его психическую способность играть между первичными и вторичными процессами в работе с пациентами.

В самой известной работе А. Грина для русского психоаналитического сообщества “Мертвая мать” он исследует ранний травматический комплекс в рамках первичного нарциссизма, подчеркивая обрамляющую функцию последнего в *репрезентативности*, вводя понятие “обрамляющая структура Я” [9]. Суть этого понятия он описывает так: “Когда условия неизбежного разделения матери и ребенка благоприятны, то внутри Я происходят решающая перемена. Материнский объект как первичный объект слияния стирается, чтобы оставить место для дальнейших инвестиций Я, на которых и основывается личный нарциссизм, нарциссизм Я, отныне способный инвестировать в свои собственные объекты отличные от первичного объекта. Но это стирание матери не заставляет ее действительно исчезнуть. Первичный объект (подразумевается мать или тот, кто ухаживает за ребенком) становится рамочной структурой, как экранное полотно психического фона, сотканного из не-

гитивной галлюцинации первичного объекта”. Но этот процесс формирования рамочной структуры *Я* происходит, когда *любовь объекта достаточно надежна*, чтобы играть роль психического вместилища для пространства представлений. Именно при таком условии ребенок может справляться с ожиданием и даже временной депрессией. Поэтому рамки *Я* предлагают в итоге гарантию материнского присутствия, даже во время ее отсутствия и могут быть заполнены разными фантазиями и даже агрессивными чувствами, которые не представляют уже опасности для этого вместилища” [9]. Как мы хорошо знаем из психотерапевтической клиники, если у матери было белое горе, которое не позволило сформировать рамку для *Я*, то мы наблюдаем дыры и пустоты в *нарциссизме субъекта*.

Этот концепт “обрамляющей структуры *Я*” развивает понятие кадра в работах А. Грина. Важно подчеркнуть, что эту функцию “окадрирования *Я*” в психоаналитическом процессе изначально выполняет психотерапевтический *кадр*, который постепенно интериоризуется пациентом, являясь всегда гарантом стабильности в игре присутствие-отсутствие аналитика и запуская механизмы символизации у пациента, *а иногда и процесса мышления в целом*.

А. Грин отмечает, что испытание пациента психоаналитическим сеансом облегчается через надежность психоаналитика как гаранта кадра, его толерантность и устойчивость к проекциям пациента. Но важно подчеркнуть, что красная нить в размышлениях А. Грина о кадре – это то, что благодаря кадру можно также различать то, что представлено (репрезентативно) во внутренней реальности пациента и то, что осталось непредставленным (не репрезентированным), но то, что может стать знакомым через ответ Другого – психоаналитика. Именно в рамках кадра психотерапевты могут наблюдать значимость и ценность *репрезентаций* (по З. Фрейду – *это психическое выражение эндосоматических возбуждений*), отсутствие которых (в психоаналитической парадигме называется – *нерепрезентбельный след*) переживается психикой пациента через различные формы: отреагирование, галлюцинации, деперсонализации или соматизации, что часто встречается в психотерапевтической практике с пациентами пограничного состояния психики.

Постепенно понятие репрезентация начинает занимать в теоретическом мышлении А. Грина важное место, так как осваивая новые психические пространства он приходит к выводу, *что репрезентации вещей более не представляют первичную величину бессознательной психики*, как это было в первой топике З. Фрейда, а есть *результат трансформации влечений*, возникающих из ОНО, и *роль объекта становится основополагающей* при осуществлении этой работы трансформации.

Далее представлен небольшой этап работы в котором будет показано как в ситуации формального регресса пациента во время сеанса, когда у него проявляется галлюцинаторная активность, интерпретация психотерапевта позволяет остановить галлюцинацию, вернуть ему ощущение реальности.

Психотерапевтическая виньетка

Для демонстрации некоторых теоретических положений предлагаем случай из психотерапевтической практики пациента – мужчины 35 лет.

Пациент обратился по рекомендации врача-психиатра в период последствий финансового кризиса 2008–2009 гг. с сильными паническими атаками, которые он связывал с потерей работы в финансовой структуре и отъезда его “хозяина” (слова пациента) за границу. Пациент проходил лечение у психиатра. Во время диагностических интервью психоаналитику стало понятно, что за последние несколько месяцев пациент потерял работу, у него был сильный страх нищеты, он жил с сожительницей и маленьким ребенком. Сильные панические атаки вынуждали его прерывать социальные контакты, на момент обращения к психоаналитику пациент уже не мог водить машину и на первую консультацию его привез отец.

В ходе диагностических интервью психоаналитик смог сделать вывод, что у пациента имеет место нарциссическое слияние с идеализированным объектом, необходимое для поддержания его психического существования и ценности (по критериям Ж. Бержера характерно для пограничного уровня функционирования). Важно отметить, что пациент не был

чувствителен к первичной интерпретации во время диагностических встреч. Так как его единственным желанием было, чтобы психоаналитик сделала “нечто”, чтобы было все как раньше. Перенос на психотерапевта сформировался очень быстро, с одной стороны, он был идеализирован, но постепенно он демонизировался и эротизировался, но с другой стороны – кабинет становился местом, где пациент начинал чувствовать защищенность, что постепенно дало ему возможность отличать свои фантазии и тревоги от намерений и тем более поступков. Важно отметить агрессивную реакцию пациента: нарциссическую несправедливость и непонимание одного из условий психотерапевтического контракта – оплаты пропущенных сеансов. Однако комментария психоаналитика, что это *правило* для проведения психотерапии, на этом этапе работы было достаточно.

После диагностических интервью психоаналитик предложил психотерапию 2 раза в неделю в кресле по 45 минут с возможностью в дальнейшем перехода на 3 раза в неделю.

У пациента достаточно быстро произошла смена панических атак на навязчивый страх выброститься из окна или убить ножом своего сына. Эти страхи он связывал со своим страхом матери, которую он очень боялся. По его воспоминаниям в детстве, когда отец отсутствовал, она его била, выгоняла из квартиры на лестничную клетку, но при этом сильно перевозбуждала тем, что переодевалась перед ним, спала с ним без белья, и требовала покинуть кровать, когда отец возвращался. Пациент создал образ первертной и нарциссической матери. Ему снились сны, в которых женщины его преследуют, превращаясь из красавиц в ведьм. Важно подчеркнуть, что появление снов в работе было важным достижением психотерапии (по мнению А. Грина – это один из критериев *анализабельности* пациента). У пациента стала появляться некоторая *дистанция* к страхам как к проявлению психической жизни, *которая внутри его психики*. Образ всеильной матери, бесспорно, открыл тему *нехватки* отца, его отсутствие, но эмоционально пациент только гневался, если психотерапевт обращал на это внимание. Однажды во время сеанса, рассказывая сон, *где он в доме бабушки по материнской линии в сундуке находит икону Святого Николая, чтобы за-*

щититься от очередного шабаша ведьм, лицо психотерапевта в его восприятии превратилось в ведьменское, но интерпретация психоаналитика: “У вас теперь есть *образ* мужчины, чтобы защититься”, дала пациенту ощущение возвращения чувства реальности.

Это был очень важный момент в работе. Он показал психоаналитику, что пациент может выносить *формальную регрессию* (переход от идентичности мышления к идентичности восприятия: от мысли к галлюцинаторному образу), и психоаналитик стал думать о назначении третьего сеанса в неделю, поскольку пациент оказался *анализабельным*.

Период психотерапии с сеансами 2 раза в неделю продолжался около полутора лет, метафорой для третьего сеанса стала интерпретация психотерапевта, что *третий сеанс – это место для разных чувств к отсутствующему отцу*. Накануне третьего сеанса пациенту приснился сон: “он заходит в кабинет психотерапевта, в коридоре за письменным столом сидит психотерапевт. За его спиной появляется черная дыра, в которую пациент начинает падать, а психоаналитик дает ему руку и удерживает от исчезновения в дыре”.

Другой ритм работы постепенно вскрыл перверсию пациента (в психоаналитической парадигме): анальную мастурбацию, его телесное ощущение, что “его анус стал дышать”, он вспомнил гомосексуальные игры в детстве. Оказалось, что первый приступ паники произошел у пациента в публичном доме, когда трансвестит для орального секса взял пенис пациента в рот, его охватили ужас и паника. Центральным переживанием пациента в психотерапии стала его неуверенность в себе как в мужчине и субъективное ощущение, что у него нет пениса. На одном из сеансов пациент рассказал: “Дома, когда никого нет, я хожу голый. Вчера я подошел к столу, чтобы отрезать яблоко и почувствовал сильное желание отрезать себе пенис. Я пошел одеть шорты, но как только я их одел, то почувствовал сильное желание выброситься в окно”. В это время пациент мучительно страдал из-за того, что у него в голове нет представления, что у него есть пенис, а только телесное переживание “дышащего ануса жаждущего проникновения фаллоса”. У

пациента появилось очень много агрессивных фантазий, одна из них – выскочить на высокой скорости на встречную полосу – тревожила психоаналитика.

На этом этапе работы в переносе пациента психотерапевт стал “женщиной с фаллосом”. Во время одного из сеансов, когда пациент говорил о зависти к женщинам в сексуальных отношениях, к их пассивности и к вагине, пациент стал испытывать сильную тревогу. У него началась паническая атака и в этот момент он смог лишь произнести: *“Я сейчас увидел, что Вы раздвигаете ноги, и у Вас пенис”*. Психотерапевт, не меняя позу, произнес: *“Которым я проникла бы в ваш дышащий анус, чтобы Вы почувствовали ценность и заполненность”*. Пациент, приняв интерпретацию, снова почувствовал возвращение чувства реальности.

Важно отметить, что через 4 месяца психотерапии произошло важное изменение кадра: пациент перешел из кресла, где они сидел, на кушетку в положение лежа.

У психотерапевта было 2 основания для нового кадра, во-первых, пациент выдерживал все виды регрессии и стабильные сновидения дали возможность постепенно формировать *перенос на речь* (форма переноса важная для пограничного пациента в дополнение к классическому переносу на объект); во-вторых, пациент хорошо выдерживал молчание психотерапевта во время сеанса. Очень важно в психической динамике пациента отметить, что у него появилось чувства стыда, он как бы “одел шорты – репрезентации” на свои орудия фантазии.

Эта небольшая виньетка показывает, что кадр надо менять психотерапевту очень осмысленно и постепенно, придавая каждый раз смысл для нового кадра и время для проработки любого изменения. Так как вариация кадра приводит к актуализации новых тем и новых сфер психической жизни пациента, которые ранее были *безмолвны* в психотерапевтическом процессе. Так же мы попытались показать, какую работу делает психоаналитик, чтобы интегрировать психический материал, который ранее не имел репрезентативного следа в психике пациента, но в процессе психотерапии проявился через сновидение пациента.

В заключение можно еще раз отметить, **что кадр – это динамическое поле, которое проявляется в форме пере-**

носа и прорабатывается только через интерпретацию. Современная клиника пациентов с пограничным состоянием психики показывает, что иногда необходимо формировать кадр психотерапевтического лечения и работать с ним, что позволяет создать условия необходимые для проявления не репрезентабельного (непредставимого) в психике пациента, но существующее в психике в качестве некоторого следа *перцептивного* порядка.

Важно отметить, что при работе с пограничными пациентами аналитик не ассоциирует идеи, время, объекты, по сути, он не интерпретирует в классическом понимании, когда психотерапевт обнаруживает вытесненную репрезентацию, находящуюся уже в бессознательном, но он *создает-находит* (в смысле Д. Винникотта) на месте то, что у пациента должно было бы быть представлено, но так никогда и не произошло. Другими словами, в современной психоаналитической технике при работе с такими пациентами психоаналитик в рамках кадра и работая с кадром делает понятным *нерепрезентабельный след*, ранее “непереводимый” в репрезентацию слов. Поскольку ранее было отмечено, что именно в рамках кадра психотерапевты могут наблюдать значимость и ценность *репрезентаций*, отсутствие которых переживается психикой пациента через различные формы: отреагирование, галлюцинации, деперсонализации или соматизации, что часто встречается в психотерапевтической практике с пограничными пациентами.

Работа с пациентами пограничного уровня функционирования в современной психоаналитической технике становится возможной с достаточно хорошими прогностическими результатами, но требует от самого психотерапевта эмпатии, терпения и очень глубокой, кропотливой собственной психической работы.

Контрольные вопросы

1. Какие идеи З. Фрейда позволили современным психоаналитикам определить понятие пограничное функционирование психики?
2. Расскажите об основных идеях концепции О. Кернберга о пограничных пациентах.

3. Сколько устойчивых структур личности в концепции О. Кернберга и Ж. Бержере?
4. Какой тип объектных отношений, ведущие страхи и защитные механизмы, описывают пограничный уровень функционирования психики в концепции Ж. Бержере?
5. Опишите генитальную линию развития психики субъекта.
6. Опишите нарциссическую линию развития психики субъекта.
7. Опишите классическую модель психоаналитического лечения.
8. Чем отличается модель психотерапевтического лечения, предложенная А. Грином для лечения пограничных пациентов от классической?
9. Опишите понятие кадра/сеттинга в работах З. Фрейда, Д. Винникотта и А. Грина.
10. Какие функции кадра в концепции А. Грина важны для работы с пациентами пограничного уровня функционирования?
11. В чем разница роли объекта в психотерапии невротических и пограничных пациентов?

Л и т е р а т у р а

1. Фрейд З. Психология бессознательного. – М.: ООО “Фирма СТД”, 2006. – С. 353-361, 379-387, 415-421.
2. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. – М.: Класс, 2000. – 460.
3. Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология. Теория и клиника. – М.: МГУ, 2001. – 400 с.
4. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. – М.: Высшая школа, 1996. – 624 с.
5. Green A. Le concept de limite //La folie privée. – Gallimard, 1990. – P. 103-140.
6. Bleger J. Psychanalyse du cadre psychanalytique
7. <http://www.psychanalyse.lu/articles/BlegerPsychanalyseCadre.htm>
8. Viderman S. La construction de l'espace analytique. – Danoel, 1971. – 352 p.
9. Донне Ж.-Л. Хорошо темперированная кушетка // Уроки французского психоанализа. – М.: Когито-Центр, 2007. – С.279-290.
10. Грин А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа. – Питер, 2005. – С.333-362.

КЛАССИЧЕСКАЯ КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Немедикаментозное лечение (психотерапия) наиболее эффективно при расстройствах личности у лиц молодого возраста. Назначаются длительные коррекционные курсы групповой терапии, поведенческая и динамическая психотерапия, направленные на коррекцию поведенческих реакций и изменение защитных механизмов.

При работе с пациентами, у которых обнаруживаются расстройства личности, очень часто применяется когнитивная психотерапия. Однако необходимо помнить, что психотерапия вызовет тревогу, так как пациентам нужно будет не только изменить конкретное поведение. Их просят перестать быть теми, кем они являются на самом деле и кем они считали себя многие годы. Хотя схематическая структура может быть неудобна, создавать ограничения, для пациента изменить ее – значит оказаться на новой, чужой территории: “Мне могут причинить вред, я чувствую серьезную угрозу, и поэтому я встревожен”. Признание тревоги, вызванной изменением, является решающим фактором успешного лечения пациента с расстройствами личности [1].

А. Бек (1964, 1967) разработал концепцию “схемы” при личностных расстройствах. “Схемы” (определенные правила, которые управляют обработкой информацией и поведением) могут быть разделены на ряд категорий, таких как личностные, семейные, культурные, религиозные, гендерные или профессиональные. “Схемы” могут быть выведены из поведения или выявлены во время беседы при сборе анамнеза. Часто пациент знает, что “схемы” ошибочны, но ему трудно их изменить. Как указывал R. Giuseppe (1986), проблема отчасти состоит в том, что людям трудно осуществить “сдвиг парадигмы” и сменить иногда подходящую гипотезу на менее знакомую. Автор предла-

гает использовать в качестве примеров разнообразные ошибки (“автоматические мысли”), которые продуцирует “схема”, чтобы показать ее искажающее воздействие на различные области жизни пациента, с последующим объяснением альтернативного, “неискаженного варианта”. А. Freeman (1987) отмечал, что часто происходит приспособление к существенно искаженным “схемам” и получение от них краткосрочной выгоды, несмотря на то, что эти схемы ограничивают способность справляться с жизненными трудностями в отдаленной перспективе [1]. Таким образом, цель когнитивной психотерапии – показать пациенту, насколько используемые им суждения определяют его болезненное состояние. Условно можно выделить 3 этапа: на первом происходит обнаружение ошибок суждений, возникающих в аффективных ситуациях (упражнение 1), на втором – соотношение реальной ситуации с тем, как пациент ее воспринимает, на третьем – оптимальное осознание собственной действительности.

Бланк для оценки автоматических мыслей
Упражнение 1

Ситуация	Эмоция	Автоматическая мысль	Аргументы в пользу автоматической мысли	Аргументы против автоматической мысли
<p>1. Какое реальное событие или воспоминание вызвало неприятное переживание?</p> <p>2. Какие дискомфортные физические ощущения возникали при этом?</p>	<p>1. Какие чувства (печаль, тревога, гнев) Вы испытали в тот момент?</p> <p>2. Насколько интенсивным было каждое чувство (оцените по шкале от 0 до 100%)</p>	<p>1. Какая мысль или образы возникли при этом?</p> <p>2. Насколько сильно Вы были убеждены в каждой из этих мыслей в тот момент?</p>		

Остановимся на когнитивном подходе различных типов личностных расстройств. При параноидном расстройстве личности (Приложение 1) врач должен уделять внимание развитию взаимоотношений с пациентом, усиливать акцент на работе по укреплению чувства собственной эффективности пациента на ранних этапах психотерапии, использовать когнитивные методы при работе с параноидными убеждениями на более поздних этапах психотерапии. Первая проблема, возникающая при когнитивной психотерапии этого личностного расстройства, – установление доверительных взаимоотношений с пациентом, поскольку прямолинейный призыв убедить пациента доверять врачу будет воспринят им как попытка обмана и поэтому лишь усилит подозрения. Наиболее эффективный метод – спокойно принять недоверие пациента и постепенно демонстрировать свою надежность через действие, не настаивая на немедленном доверии врачу [2]. Следует сосредотачивать внимание пациента на наименее болезненных темах, начиная с поведенческих вмешательств и обсуждая проблемы косвенным образом (например, на том каким образом некоторые люди реагируют в подобных ситуациях). Кроме того, врач должен предлагать пациенту выполнять только те действия, которые можно довести до конца. Необходимо доходчиво разъяснять пациенту его заблуждения. На этом этапе врач должен укрепить веру пациента в то, что он может справиться с любыми возникающими проблемами, т.е. реально оценить свои способности, развить копинг-навыки.

Например, в ответ на возникновение автоматических мыслей: “Они смеются за моей спиной, чтобы вызвать у меня раздражение”, весьма эффективны будут вмешательства, направленные на то, чтобы помочь пациенту понять, какая опасность заключалась в тех действиях, на которые люди действительно пытались спровоцировать его, а также помочь ему заново оценить свою способность разрешить эту ситуацию. По мнению А.Т. Бек, А. Фриман [1], один из эффективных способов удовлетворения пациента с параноидным расстройством личности психотерапией – предоставить ему возможность дополнительного контроля при определении содержания сессий, назначении домашних заданий и выборе времени для сессий. Пациент чувствует себя

намного комфортнее и быстрее добьется успеха, если сессии проводятся реже, чем обычно (один раз в 3 недели).

При шизоидном расстройстве личности (Приложение 2) у пациентов сложно выявить автоматические мысли. Это связано с их особенностью иметь “ограниченные эмоции”. Стандартные автоматические мысли этих лиц сосредоточены “на предпочтении одиночества и восприятии себя как сторонних наблюдателей жизни” [1]. Например, “я предпочитаю быть один”, “у меня нет никакой мотивации”, “кого это заботит”, “зачем беспокоиться”. Представление о себе как о социально неприспособленном – это обычное убеждение таких личностей, которое может возникнуть в результате просмотра телепередач, чтения книг, наблюдения за окружающими. “Жизнь проще без других людей”, “отношения с людьми создают проблемы”, “я не приспособлен к социальной жизни”, “мне лучше сохранять дистанцию” – типичные установки при шизоидном расстройстве личности. Первичная стратегия лечения заключается в том, чтобы уменьшить изоляцию пациента, упрочить его чувство близости с окружающими. Врач совместно с пациентом исследуют положительную и отрицательную роли одиночества, на основе этого анализа появляется мотивация на формирование социальных отношений. Изначально нужно помочь найти такую форму отношений, которые смогут поддерживать его, при этом полезна ограниченная открытость при общении с людьми. С этой целью особенно конструктивна групповая психотерапия, которая позволяет приобрести опыт регулярных контактов с окружающими, которые интересуются им. Когда появляется комфорт в ощущениях пациента, врач может модулировать отрицательные и положительные реакции группы с целью научить его реагировать на различные формы социальной обратной связи. Можно применить другую стратегию – помочь такому пациенту испытать положительные эмоции. Врач задает ему вопросы для привлечения внимания к эмоциональным деталям.

При диссоциальном расстройстве личности (Приложение 3) в качестве общей стратегии подготовки пациента к лечению можно представить ему процесс психотерапии как ряд встреч с заинтересованным наблюдателем, чтобы вместе оценить те

ситуации, которые могут ограничивать независимость пациента и препятствовать его желаниям. Врач помогает пациенту осознать, как автоматические мысли мешают установлению ясных приоритетов и эффективному их достижению. Однако попытка вынудить пациента согласиться с тем, что у него есть проблемы, повредит взаимопониманию и приведет к отказу от лечения. Врач может рассмотреть критерии личностного расстройства, сравнив их с анамнезом пациента, и при этом напомнить, что он страдает серьезным расстройством, которое влияет на его суждения и поведение, и что это способно вызвать негативные последствия. Пациенты, чьи проблемы определены как симптомы расстройства, не так остро чувствуют, что их обвиняют в плохом поведении. После этого врач может продолжить систематический “обзор выводов” (упражнение 2) в различных областях жизни, чтобы помочь пациенту определить преимущества и недостатки определенных выборов. Лица с диссоциальным расстройством личности осознают свои проблемы, если видят, какой ущерб они наносят сами себе в повседневной жизни.

“Обзор выборов” (по Беку А., Фримену А., 2002)
Упражнение 2

Проблема	Выбор	Преимущества	Недостатки
Понижение в должности	“Послать” начальника подальше и уволиться	Отомщу ему	Придется снова искать работу, не хочется уходить из этой фирмы
	Требовать восстановления на прежней должности	Покажу, что со мной не просто справиться	Рискую быть уволенным. Неуважительно по отношению к начальнику
	Работать как можно меньше, пока они не обратят внимания на меня	Смогу успокоиться на некоторое время	Вероятно, быстро не получится вернуться на прежнюю должность
	Настроиться позитивно и снова подниматься по служебной лестнице	Покажу, что я думаю об интересах фирмы	Фирма обошлась со мной плохо, но она снова получит выгоду от меня

Продолжением этого упражнения может быть обзор последующих поведенческих выборов, сделанных в проблемных областях, с одновременной оценкой их эффективности. Повторные неэффективные выборы могут свидетельствовать о необходимости снова рассмотреть преимущества и недостатки или обратить внимание на некоторые недостающие навыки. Повторные неэффективные выборы могли произойти из-за некоторых не обнаруженных ранее автоматических мыслей.

При эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (Приложение 4) складывающиеся отношения между врачом и пациентом играют особенно важную роль. Многие из проблем такой личности касаются межличностных отношений, пациент “отыгрывает” их в отношениях с врачом так же, как он это делает в обычной жизни. Это позволяет врачу наблюдать межличностные проблемы при их возникновении, не полагаясь на их описание пациентом, использовать эти отношения, чтобы работать с предубеждениями пациента относительно других людей, формировать у него более адаптивное поведение в межличностном общении. Установление доверия с пациентом является первоочередной задачей врача. Наиболее эффективным при этом оказывается открытое признание и принятие трудностей пациента. После этого необходимо последовательно вызывать доверие своим поведением и действиями подкреплять свои слова. Кризисные ситуации, неожиданные телефонные звонки, необычные просьбы нередки на ранних стадиях психотерапии, проводимой в отношении таких лица. С их стороны идет как бы проверка надежности и внимания врача. Психотерапевту важно внимательно относиться к неожиданным телефонным звонкам и просьбам о специальном лечении, если он хочет, чтобы пациент продолжал лечение. При этом врач должен знать, как далеко он может зайти в своей отзывчивости, и установить четкие границы [2].

Убеждения пациентов с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в основном сводятся к следующим: “Люди обижают меня, нападут на меня, используют меня”, “Я должен защищаться”, “Я не в состоянии контролировать или дисциплинировать себя”, “Я должен контролировать свои эмоции, иначе

случится что-то непоправимое”, “Я не могу сам справиться с трудностями”. Постепенно такие мысли и убеждения могут быть поставлены под сомнение путем проверки их ожиданий с помощью предыдущего опыта (упражнения 3, 4) и проведения поведенческих экспериментов, а также через развитие новых способностей и копинг-навыков. Врач учит пациента осознавать свое поведение, отделять вредное от полезного и чаще пользоваться конструктивными способами. Проблема эмоционально неустойчивого расстройства в небольшом количестве поведенческих способов – человек умеет только кричать, плакать и обижаться. Врач же помогает ему найти новые способы и не пользоваться ими по шаблону, а подходить к ним гибко.

Проблемная ситуация и способность справиться с ней
Упражнение 3

Проблемная ситуация в прошлом (заполняется пациентом)	Способность справиться с ситуацией (оценка по 10-балльной шкале)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Переоценка событий прошлого
Упражнение 4

Событие в прошлом, которое сильно расстроило (заполняется пациентом)	Оценка по 10-балльной шкале: в прошлом и в настоящее время									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Например, пациентка К. была убеждена, что она никак не может изменить плохое отношение к ней коллег по работе. После анализа ее проблемных ситуаций и переживаний на прежних местах работы и учебы, где она была в состоянии справиться с подобной ситуацией, ее убежденность была немного изменена. В дальнейшем после усовершенствования навыков в отстаивании своего мнения и решении проблем К. устроилась на новую работу и смогла преодолеть плохое отношение к ней, ее проблема была устранена.

Сравнивая свои переживания в прошлом и в настоящее время, данное упражнение позволяет оценить, насколько был преувеличен “урон”, который пациенту нанесло случившееся событие. Например, пациентка А. произошедший 7 лет назад разрыв отношений с мужчиной оценивала на тот период в 10 баллов. В настоящее время ее этот факт расстраивает лишь на 1 балл. В результате этого сравнения она поняла, насколько сильны были ее переживания в тот момент и как это событие переоценивается с течением времени. Для более достоверного понимания этого различия в оценке своих переживаний необходимо в качестве примеров вспомнить 10 событий из прошлого, которые сильно на тот момент расстроили пациента. По ходу психотерапии пациентам постепенно раскрываются многие из тех действий, по поводу которых они испытывают чувство вины или стыда, и эмоции, которые они считают невыносимыми. Для таких лиц важно понять, что не каждый человек способен принять, справиться с этим отвержением.

При истерическом расстройстве личности (Приложение 5) пациент рассматривает врача как “всесильного спасителя”, который улучшит его жизнь. Поэтому всякий раз, когда пациент просит его о помощи, тот не должен поддаваться искушению играть эту роль, а с помощью вопросов способствовать решению проблем самим пациентом. Такие лица должны научиться концентрироваться на одной проблеме, не отвлекаясь на другие. Выбор темы сессии – превосходная возможность начать учиться сосредотачивать свое внимание. Большую часть времени пациент с истерическим расстройством личности тратит на волнующие его рассказы обо всех произошедших за неделю событиях,

которые взволновали и травмировали его. Таким образом, одним из пунктов плана сессии может быть рассмотрение того, что произошло за неделю, причем в жестких временных рамках, чтобы пациент чувствовал, что его понимают и что остальная часть сессии должна быть потрачена на работу по достижению поставленных целей. Врач может помочь пациенту понять, каким образом он достигнет своей цели, задавая вопросы типа “Как Вы поймете, что достигли цели?”, “Что выглядело бы и чувствовалось бы иначе и как именно?”, “Почему именно Вы хотели бы достичь этой цели?”. Как только цель будет поставлена, ее можно использовать для помощи пациенту в обучении сосредоточенности на сессии. Важной частью лечения является обучение таких пациентов слежению за мыслями с помощью “записи автоматических мыслей”. Этот процесс помогает сосредоточить внимание на эмоциях, желаниях, предпочтениях, а также обучает отличить действительность от чрезмерных фантазий.

Один из когнитивных методов, ценных для развития копинг-навыков человека с истерическим расстройством личности, – составление списка преимуществ и недостатков (упражнение 5). Эту технику лучше всего вводить, когда пациент начинает сопротивляться сосредоточению на совместно выбранной теме [2]. В таких случаях составление списка преимуществ и недостатков помогает понять, хотят ли пациенты в действительности достичь выбранной цели или же охладели к ней.

Составление списка преимущества и недостатков ***Упражнение 5***

Повседневная проблема (заполняется пациентом)	Преимущества	Недостатки
1.		

Психотерапевтическое лечение пациентов с истерическим расстройством личности акцентирует внимание врача на проблемных межличностных отношениях. Также пациенты обеспокоены тем, чтобы окружающие проявляли к ним внимание и любили их. Они манипулируют людьми, используя свое обаяние и привлекательность, ревность, придирки, прибегают к ругани, жалобам. Эти формы поведения в итоге ухудшают взаимоотношения, но пациенты этого не понимают, они озабочены только сиюминутной выгодой.

Например, пациентка Л. начинала кричать, бить посуду, когда ее муж несколько раз поздно приходил домой, не предупредив ее, в его отсутствие она проверяла его электронную почту, надеясь “что-нибудь найти”. В момент возвращения мужа у нее возникали следующие мысли: “Как он может так поступать со мной?”, “Он больше не любит меня”, “Я не выдержу, если он бросит меня”. Муж ее успокаивал и клялся, что любит только ее, что соответствовало желанию пациентки быть уверенной в его отношении к ней. В процессе психотерапии Л. научилась приостанавливать свою реакцию и задавать себе вопрос: “Чего я на самом деле сейчас хочу?”, искать альтернативные способы достижения своей цели. Так, вместо того чтобы привычно закатывать истерику, пациентка выбирает другую форму поведения. При этом врач не просит кардинально менять свое поведение (например, совершенно прекратить истерики), а предлагает провести новый эксперимент.

С пациентами, у которых имеется истерическое расстройство личности, необходимо проводить тренинг ассертивности [1]. Благодаря этому методу пациенты учатся распознавать свои желания и приниматься за их осуществление.

При тревожном расстройстве личности (Приложение 6) цель психотерапии заключается в том, чтобы повысить устойчивость пациентов к негативным эмоциям. В занятия следует включать упражнения по обучению социальным навыкам, чтобы пациенты имели шансы на успех при социальных контактах, направленных на проверку своих автоматических мыслей. Таким пациентам может потребоваться поддержка врача, чтобы действовать так, как будто они уже обладают некоторыми

качествами, не характерными для них. Например, пациентка Г. боялась посещать мероприятия, где было много незнакомых людей, особенно мужчин, не знала, как и о чем с ними разговаривать, как вести себя в их обществе. Врач убедил Г. вести себя так, как будто она уверена в себе, и действительно она обнаружила, что может спокойно и непринужденно общаться с окружающими. В процессе поведенческого обучения необходимо выявлять автоматические мысли, особенно такие, в которых пациенты преуменьшают свои успехи. У таких личностей чаще всего встречаются также автоматические мысли и убеждения: “Я не такой, как все”, “Со мной никто не хочет общаться”, “Я должен все время доставлять ей/ему удовольствие”, “Если я вызову у него/нее недовольство, то он перестанет со мной общаться”, “Как только они узнают меня, они увидят, что я плохой(ая)”. Одна из трудностей, которая может препятствовать успеху психотерапии, заключается в том, что пациенты с тревожным расстройством личности избегают мыслей о том, что вызывает у них неприятные эмоции. Поэтому целесообразно изобразить процесс избегания в виде схемы, чтобы пациенты могли узнать, как происходит избегание и что они могут сделать, чтобы его прекратить (схема 1). С помощью такой схемы пациенты могут лучше понять, что избегают ситуаций, в которых у них возникают автоматические мысли, вызывающие соответствующие эмоции.



Схема 1. Процесс избегания (по Беку А., Фримену А., 2002).

Один из лучших способов повышения эмоциональной устойчивости – вызывать эмоции на сессии, обсуждая переживания, в связи с которыми пациенты сообщают о своем напряжении, тревоге. Когда пациент начинает реагировать, врач может попросить проверить в этот момент убеждение, которое приводит к такому поведению.

При зависимом расстройстве личности (Приложение 7) необходимо развивать у пациентов способность действовать самостоятельно, но вместе с тем и способность к установлению близких отношений [3]. Пациента следует научить жить более независимо от других, обретая уверенность в себе. Однако в первое время врач может позволить этим личностям сохранять некоторую зависимость от них. В дальнейшем нужно последовательно работать над ослаблением этой зависимости. Постепенно следует понуждать пациента выносить на обсуждение свои вопросы, самому придумывать домашние задания, вырабатывая ответственность к лечению. Необходимо понимать, что автоматические мысли этих людей (“Я не смогу это сделать”, “Это слишком сложно”, “Я потерплю неудачу”) могут мешать выполнению домашних заданий между сессиями, поэтому их надо выявлять и оценивать в самом начале лечения. Пациентам имеет смысл упражняться в выполнении новых задач и домашних заданий на сессии, до того как делать их дома. J.C. Overholser рекомендует обучать пациентов с зависимым расстройством личности навыкам самоконтроля, например, разработанным L. Rehm для лечения депрессии [1]. Обучение самоконтролю включает в себя 3 основных компонента: самонаблюдение, самооценку и самоподкрепление. Самонаблюдение предполагает умение пациента фиксировать частоту, интенсивность и продолжительность определенных действий, включая предшествующие им и следующие за ними. Ведение таких записей помогает пациенту увидеть определенные улучшения и изменения. Самооценка включает в себя сравнение выполненной работы со стандартом. У зависимых личностей нереально завышенные стандарты выполнения работы, они не имеют представления о своих возможностях. Обучение самооценке помогает им научиться определять, когда, например, можно

обращаться с просьбой о помощи, не считая это признаком собственной неуверенности. Самоподкреплением являются результаты, удовлетворяющие собственным стандартам. При работе с зависимыми пациентами полезно совместно составлять континуум от зависимости до независимости (упражнение 6). Если пациент видит, что существует множество шагов от полной зависимости до полной независимости (баллы от 0 до 10), он будет меньше бояться идти к успеху маленькими шагами.

Континуум независимости (по Беку А., Фриману А., 2002)
Упражнение 6

Баллы 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Зависимый	Независимый
Ничего не делает один	Все делает сам
Предлагает другим принимать за него решения	Сам принимает решения, не принимая во внимание мнение других
Делает то, что ему сказали	Делает, что хочет
Соглашается с тем, что сказали	Высказывает свое мнение независимо от того, что о нем подумают другие
За него решает проблемы кто-то другой	Сам решает все проблемы
Совершенно беспомощен	Ни в ком не нуждается

Вырабатывая более спокойное отношение к предстоящим пугающим событиям, тренируя уверенность в себе, можно использовать шкалу для предсказания опасности в предстоящей ситуации (упражнение 7).

Когда предполагаемое “опасное” событие произойдет, пациента нужно попросить сверить собственную оценку степени опасности со шкалой и определить, насколько точно он предсказал степень опасности. Пациенты могут упражняться по этой шкале регулярно, пока не будут оценивать предполагаемую опасность более реалистично.

Шкала для предсказания опасности в предстоящей ситуации

Упражнение 7

Предстоящая ситуация	Наилучший исход -----					Наихудший исход -----				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										

При ананкастном расстройстве личности (Приложение 8) мысли пациентов иррациональны и дисфункциональны, что приводит к дезадаптивным эмоциям, действиям и физиологическим реакциям. Для таких личностей характерны следующие автоматические мысли: “Я должен в совершенстве выполнить это задание”, “Я должен получить удовольствие на этом мероприятии”, “Вдруг я забыл взять что-то с собой”, “Я лучше переделаю это, чтобы убедиться, что я сделал все правильно”, “Я лучше подумаю об этом еще раз, прежде чем решить, что делать”. М.Е. McFall J.P. Wollersheim, A. Freeman, J. Pretzer, B. Fleming, K. Simon [1] выявили определенные предположения, которые такие пациенты допускают относительно себя и мира в целом: “Существуют правильные и неправильные поступки, решения и эмоции”; “Я должен избегать ошибок, чтобы чего-то стоить”; “Сделать ошибку – значит потерпеть неудачу”; “Сделать ошибку – значит заслужить критику”; “Я должен полностью контролировать свое окружение, так же, как и себя”; “Если что-либо является опасным или может быть таковым, человек должен быть ужасно этим расстроен”; “Если нет ясного плана действий, лучше не делать ничего”; “Без своих правил и ритуалов я разваливаюсь на части”.

Основная цель психотерапии состоит в том, чтобы помочь изменить проблемные мысли таким образом, чтобы изменились поведение и эмоции. Психотерапия начинается с сосредоточенности на предъявляемой проблеме. В начале терапии крайне

важно ознакомить пациента с когнитивной моделью, заключающейся в том, что чувства и поведение пациента основаны на понимании значения, приписываемого событиям его жизни, мыслях в связи с этим значением. Важно структурировать психотерапевтические сессии, располагая проблемы по приоритетам, используя различные методы решения проблем. Это полезно при работе со множеством характеристик таких личностей – нерешительностью, склонностью к размышлениям. Можно составлять “Ежедневный график действий” [1], в котором пациенты распределяют свои действия по часам в течение недели, что структурирует им жизненный ритм. Эффективны методы остановки мыслей или отвлечения с целью изменения направления хода мыслей, составление списка преимуществ и недостатков определенного убеждения или поведения. Можно проводить поведенческий эксперимент, во время которого врач не обсуждает напрямую имеющееся убеждение, а относится к нему нейтрально.

Например, пациентка Е. полагала, что у нее нет времени для того, чтобы в течение дня сделать 10-минутную зарядку. Врач попросил ее сделать физические упражнения на протяжении нескольких дней, а затем посмотреть, сколько она успевает сделать, если делает зарядку и когда не делает ее.

Таким образом, когнитивная психотерапия при расстройствах личности включает в себя [3]:

- 1) формулировку случая (основные представления о себе, других, убеждения, стратегии);
- 2) сотрудничество;
- 3) психотерапевтические отношения;
- 4) “автоматические мысли”;
- 5) ролевые игры (развитие навыков, обучение уверенности в себе);
- 6) воображение (переживания эпизодов детства, образы ключевых фигур в настоящем);
- 7) выявление и проверку “основных убеждений”;
- 8) построение “новых схем”;
- 9) изменение целей и приоритетов;
- 10) домашние задания;

- 11) поддерживающая терапия;
- 12) предупреждение рецидивов.

Контрольные вопросы

1. Какой вид психотерапии применяется при расстройствах личности?
2. В чем сложность проведения психотерапии у пациентов с параноидным расстройством личности?
3. При каком расстройстве личности наиболее конструктивно проведение групповой психотерапии?
4. С какой целью во время психотерапии дается упражнение “Переоценка событий прошлого”?
5. В чем особенность проведения психотерапии при истерическом расстройстве личности?
6. Цель психотерапии при тревожном расстройстве личности.
7. Что включает в себя обучение самоконтролю?
8. Для чего используется упражнение “Шкала для предсказания опасности в предстоящей ситуации”?
9. Цель психотерапии при ананкастном расстройстве личности.
10. Что дает пациенту упражнение “Обзор выводов”?

Литература

1. Бэк А., Фримэн А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер, 2002. – 258 с.
2. Данилова С.В., Бадмаева В.Д. Расстройства личности (коротко о важном). – М.: Мицар, 2012. – 296 с.
3. Данилова С.В., Тальникова Е.С. Расстройства личности и акцентуированные личностные черты / Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2019. – 113 с.
4. Бородин В.И., Данилова С.В., Панченко Е.А., Парпара М.А. Актуальные вопросы современной психотерапии / Учебное пособие. – М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2017. – 112 с.

Приложение 1. Параноидное расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Я лучший. Я справедлив. Я доброделен	Опасные. Подозрительные. Манипуляторы. Агрессоры	Доверять нельзя! Мне хотят причинить вред. Мной тайно манипулируют. Меня обманывают	Предательства. Обмана. Унижения	Быть начеку. Контролировать. Искать скрытые манипуляции и манипуляторов	Гнев. Тревога в связи с угрозой

Приложение 2. Шизоидное расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Самодостаточный одиночка. Не тглотяться одиночеством как данностью	Навязчивые. Мешают интроспекции	Я по сути один в мироздании. Не стоит обременяться заботой о ком-то или о чем-то	Нарушения интроспекции	Дистанцирование	Дефицит

Приложение 3. Диссоциальное расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Одинокий. Независимый. Сильный	Эксплуататоры и их также надо эксплуатировать!	Либо я агрессор, либо превращусь в жертву	Быть жертвой, “лохом”	Мошенничество. Разбой. Жестокость	Гнев

Приложение 4. Эмоционально-неустойчивое расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Нет целостного и полного представления о себе	Опасные и непонятные. Люблю и ненавижу. Не проживу без тебя и пошел вон!	Люди обидят меня, используют меня. Я должен защищаться. Чем больше разрушительной энергии в голосе (кулаках), тем больше убедительности. Убедительна сила эмоции, экспрессия (в том числе и для положительных эмоций). Я не в состоянии контролировать или дисциплинировать себя	Страх последствий. Покинутости	Энергичный способ доказательств. Крик, драка. Импульсивные действия без учета последствий	Сила эмоций, а не ее знак. Немотивированные вспышки агрессии, часто на попытки им что-то запретить

Приложение 5. Истерическое расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Очаровательный. Обольстительный. Привлекательный	Зрительный зал. Я им благодарен	Быть счастливым, но за счет одобрения	Снятия масок. Отвержения, презрения общества	Демонстративно-шантажная	Веселость

Приложение 6. Тревожное расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Я – паникер	Как о провоцирующих панику, могут быть иден обвинения окружающих	Тревожность – нормальное состояние. Надо тревожиться, чтобы быть в безопасности	Оценки, процедуры оценивания (социофобия)	Избегание	Тревога

Приложение 7. Зависимое расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Я слабый. Нужен защитник.	Идеализация сильного опекуна	Я нуждаюсь в другом сильном (полушантажно-провокационный механизм)	Отвержение	Культивация зависимости у значимых лиц	Тревога

Приложение 8. Ананкастное расстройство личности

Представление о себе	Представление о других	Убеждение	Угроза	Стратегия	Эмоция
Я ответственен за ВСЕ!	Легкомысленные	Я должен сделать все правильно. Мне нужен порядок	Ошибки. Последствий	Перфекционизм	Сожаления о неудачах. Тревога за успешность

СХЕМА-ТЕРАПИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Схема-терапия – относительно молодое направление психотерапии. Ее относят к третьей волне когнитивно-бихевиорального направления, однако она во многом интегративна, включает в себя идеи транзактного анализа, гештальт-терапии, эмоционально-сфокусированной терапии, психоанализа и другие. [1] Схема-терапия постоянно совершенствуется. Первое контролируемое исследование, проведенное в Нидерландах в 2000 г., показало превосходство схема-терапии над психотерапией, сфокусированной на анализе переноса (ТФП) [2]. Эффективность отмечена в отношении пограничного расстройства уже на первом году лечения, а через 4 года 52% пациентов полностью выздоровели (в ТФР – 29% выздоровевших). Ослабление всех симптомов, а не только членовредительства стало важным результатом использования именно схема-терапии. Более того, пациенты реже отказывались от продолжения лечения.

В схема-терапии большое значение уделяется эмоциональному контакту с пациентом. Отвергается идея об “отыгрышах”, “мстительности”, чрезмерной болезненности пациентов. Суицидальные попытки и самоповреждения трактуются в гуманистическом ключе, как кризис, как снижение способности сопротивляться трудным жизненным обстоятельствам.

Определенным ограничением для применения схема-терапии, по мнению А. Арнца, является тяжелое коморбидное расстройство, требующее немедленной медикаментозной поддержки или госпитализации (тяжелая депрессия, наркозависимость, анорексия) [2]. Также из проводимого исследования исключались лица с асоциальным расстройством, но в других пилотных исследованиях схема-терапия была эффективна и при данном расстройстве.

Принципы схема-терапии

Специалисты, применяющие данную технику, уделяют внимание базовым потребностям личности. Считается, что блокирование их в детстве и приводит к формированию психических расстройств, в том числе личностной патологии. Рассмотрим **базовые потребности личности** [3].

Базовые потребности личности

Безопасность. Ребенку необходим надежный взрослый, к которому можно обратиться за помощью, а также место, где можно жить, развиваться.

В анамнезе пациентов с расстройствами личности нередко случаи дисфункции в родительских семьях, нестабильные отношения со значимыми взрослыми, включая даже насилие. Они проходят через предательство, отвержение в раннем возрасте, не чувствуют, что дома хорошо и спокойно. С детства они не спешат делиться личным или спрашивать совета у взрослых.

Связь с другими людьми. Для адекватного развития ребенку нужны взрослые люди, их чувства, реакции. Дети, имеющих эмоционально холодных матерей, также испытывают трудности в понимании своих чувств.

В родительских семьях больных с личностным расстройством часто наблюдаются нарушения в коммуникации между родными. В них часто не принято эмоционально выражать свои чувства, искать поддержку у членов семьи или других окружающих. Ребенок растет с ощущением ненужности, потерянности. В кризисных семьях дети часто испытывают неадекватное чувство вины за поведение родителей, стыд и страх осуждения могут препятствовать сближению с другими людьми.

Автономность. Целью развития является приобретение способности будущего взрослого к самостоятельному существованию с опорой на свои силы и возможности. Родитель должен постепенно передавать инициативу ребенку, поддерживать его стремление к автономии.

Семьи больных с личностным расстройством нередко стремятся подавить автономию ребенка или создать запутанную ситуацию с предоставлением этой потребности. Они порой не

воспринимают ребенка как личность, он лишь должен подчиняться определенным правилам.

Самоуважение. Постепенно ребенок должен научиться адекватному отношению к себе, самоуважению. Это достигается поощрением ребенка за поступки, достойные уважения.

Достаточно часто в родительских семьях больных с личностным расстройством детей критикуют, не поддерживают. Нередко это объясняют даже заботой о том, чтобы “лучше” помнил плохое, “как не надо себя вести”. Оправдывают это своим таким же пунитивным воспитанием.

Самовыражение. Ребенок нуждается в самовыражении, он должен совершать какие-то самостоятельные поступки. Так он сможет проявлять свою личность. Родителям следует поощрять такое поведение, следует воздерживаться от чрезмерных строгостей и критики, чтобы это не сковывало ребенка.

Родители пациентов часто обесценивают любые проявления самовыражения своих детей с самого раннего возраста. Они могут предъявлять завышенные требования к достижениям или сравнивать их с более удачными и успешными детьми.

Спонтанность и игра. Это частный случай самовыражения. В игре ребенок учится жить, выражать чувства.

Родители детей с личностной патологией часто существенно ограничивают их фантазирование и игру. Нередко эти взрослые также воспитаны в пунитивных условиях.

Реалистические пределы. Постепенно ребенок учится взаимодействию с другими людьми, умению сдерживать проявления негативных чувств, соблюдать определенные правила.

Родители нередко нарушают границы взаимоуважения, действуют силой, позволяют себе игнорировать поведение ребенка.

Нарушение базовых потребностей приводит к формированию так называемых схем и способов существования с ними – системы коппингов и режимов. Что же такое *схема*?

Схема представляет собой комплекс из эмоций, воспоминаний, когний и телесных ощущений, связанный общей темой. Схема возникает в раннем детстве, и развивается постепенно. Такой стиль восприятия действительности и своего поведения хорошо знаком пациенту, и он будет использовать схему часто,

автоматически. На определенном этапе схема может служить для адаптации, но чаще становится определенным ограничением, дисфункцией, приносящей больше вреда ее носителю. Рассмотрим основные схемы.

Дж. Янг вначале полагал, что все схемы безусловны в отличие от ранних схем А. Бека. Однако позже он разделил их на условные схемы и безусловные. Дж. Янг полагал, что последние существенно хуже поддавались терапии [2].

<i>Безусловные схемы</i>	<i>Условные схемы</i>
Покинутость /Нестабильность	Покорность
Недоверие /Ожидание наказания	Самопожертвование
Эмоциональная депривация	Поиск одобрения
Социальная отчужденность	Подавление эмоций
Зависимость /Беспомощность	Жесткие стандарты
Уязвимость	
Запутанность /Неразвитая идентичность	
Неуспешность	
Негативизм /Пессимизм	
Пунитивность	
Привилегированность	
Недостаточность самоконтроля	

Дж. Янг считал, что наличие схем резко снижает эффективность классической когнитивно-бихевиоральной терапии. Например, пациенты со схемой покорности могут слишком сильно стараться, но лишь ради получения похвалы. Клиенты со схемой недостаточности самоконтроля будут избегать выполнения домашних заданий.

Рассмотрим эти схемы и домены – более крупные объединения схем в зависимости от нарушения привязанности.

Домен нарушения связи и отвержение

Эта группа схем связана с холодным, отстраненным поведением семьи в раннем детстве. Ребенок растет с ощущением, что мир опасен, заботу о нем никто не проявит, а его эмоции или другие проявления не встретят адекватной поддержки.

Покинутость/нестабильность. Ребенок воспринимает окружающих как ненадежных.

Недоверие/ожидание наказания. Ребенок находится в постоянном напряжении и ожидании наказания со стороны окружающих.

Эмоциональная депреация. Такой пациент считает, что не получит адекватной эмоциональной поддержки от окружающих: ни их заботы, ни сочувствия, ни физической защиты.

Дефективность/стыдливость. Человек постоянно испытывает чувство стыда, никчемность. Таких лиц воспитывают, сравнивая с более удачливыми или талантливыми. В будущем они будут склонны не только к повышенной тревожности, но и совершению импульсивных поступков.

Социальная отчужденность. Пациент считает, что сильно изменен по сравнению с другими людьми, имеет ряд недостатков и поэтому он изолирован от мира.

Домен нарушения автономии и эффективности

В детстве таким лицам занижали самооценку, не поддерживали их стремление к автономии.

Зависимость/беспомощность. Убежденность пациента в том, что он не в состоянии принимать решения.

У пациентов с пограничным расстройством личности может присутствовать беспомощность, а также они владеют способами ее преодоления.

Уязвимость. Пациент преувеличивает страх перед неизбежной, как ему кажется, катастрофой. У больных с пограничным расстройством в анамнезе часто имеют место акты физического и даже сексуального насилия со стороны родных.

Запутанность/неразвитая идентичность. Выражается в чрезмерной зависимости от значимых людей и часто это роди-

тели. Такой пациент убежден, что не выживет без поддержки других. Ему свойственны чувства пустоты, потерянности, сомнения в своем развитии, в крайних случаях – в целесообразности собственной жизни.

Неуспешность. Пациент считает себя значительно хуже других, неспособным к самостоятельным решениям и достижениям.

Домен нарушения границ

Как правило, если в семье присутствует вседозволенность, существует нехватка родительского надзора и наставничества, формирующаяся личность будет также нарушать чужие границы, иметь сложности с самоконтролем. В некоторых случаях возможно ребенок просто не сталкивался с выходом из зоны комфорта и не получал адекватного родительского направления.

Особые права/величие. Эта схема приводит к вере в особые права при взаимодействии с другими, вне зависимости от того, насколько реалистичными являются их запросы. Нередко такие личности ориентированы на соперничество, на борьбу за власть.

Недостаточность самоконтроля. Такие лица испытывают большой дискомфорт при отказах от сиюминутного выполнения их запросов, плохо переживают ситуации неопределенности. При легком варианте проявлении этой схемы пациенты стараются избегать любого дискомфорта, чтобы не вовлекаться в ситуации конфликта и потери контроля, даже если это существенно ограничит их возможности.

У пациентов с пограничным личностным расстройством чаще встречается недостаточность самоконтроля. Схема величия более характерна для истерического расстройства.

Домен направленности на окружающих

Эта группа схем возникает, когда нарушается потребность в автономии и самовыражении. Такие личности заботятся о потребностях других больше, чем о своих. Нередко их родители демонстрировали любовь в обмен на поведение подавления

своего собственного проявления личности. Этот стиль вырабатывается, если потребности родителей, их желания и социальный статус семье важнее, чем самовыражение детей. Например, мать якобы больна и ее нельзя тревожить. Или отец занимает такой пост, что следует вести себя только тихо и скромно.

Покорность. Такие лица стремятся к подчинению своих чувств и потребностей другим. Они часто живут с установкой неважности своих интересов, постоянно подавляют гнев.

Самопожертвование. Нередко эта схема возникает у пациентов, сверхчувствительных к эмоциям других. Эта схема может выражаться как потребность жертвовать собою, но приводит к тому, что собственные потребности не удовлетворены.

Поиск одобрения. Пациент постоянно думает о необходимости получать одобрение, что существенным образом влияет на его жизнь. Иногда эта схема проявляется в стремлении иметь особый статус, внешний вид, социальное признание.

Домен чрезмерной ответственности и жестких стандартов

Такие дети растут в обстановке чрезмерных требований в слишком серьезной обстановке. Обычно присутствуют пессимизм и опасения, что все может закончиться крахом. Нарушается потребность в автономии и самовыражении.

Негативизм/пессимизм. Видение всего окружающего лишь в темном цвете, навязчивые размышления об этом.

Подавление эмоций. Пациенты подавляют гнев и агрессию, чтобы избежать осуждения или наказания. Кроме этого они склонны подавлять положительные эмоции, радость, привязанность. Они также с трудом обращаются за помощью, потому что убеждены в ненужности и опасности демонстрации своей беспомощности, уязвимости. Они могут испытывать трудности в свободной коммуникации с другими, быть слишком акцентированными на рациональности в ущерб эмоциям.

Жесткие стандарты. У таких лиц сформированы чрезмерные требования к себе, как правило, с целью избежать критики.

Ожидание наказания. Схема убежденности в том, что этот человек достоин наказания.

Происхождение схем

По мнению авторов данного подхода, схемы формируются при столкновении темперамента ребенка и окружающей среды. А целью психотерапии будет поиск способов адекватного удовлетворения потребностей. Ранние дезадаптивные схемы связаны в буквальном смысле с борьбой за жизнь. Если маленький ребенок пережил отвержение, то став взрослым, он может бояться, что его вновь отвергнут и навязчиво стремится к общению и отношениям с другими людьми. Однако не всех схемы обязательно связаны с плохим обращением. Напротив, схема беспомощности может возникнуть при чрезмерной опеке.

Концепция схем предполагает, что в детстве или подростковом возрасте схема могла закрепиться как выгодное поведение, но у взрослых она дезадаптивна и приводит к появлению тревог, депрессий, злоупотреблению алкоголем и другим расстройствам. Схема может быть выражена по-разному – от нечастых проявлений до многократных. Если травматический опыт возникает позже, то и схема проявляется в отдельных областях, не будет носить тотального характера [3].

Интересно, что авторы схема-терапии существенно больше ориентированы на ранние дезадаптивные схемы, чем на поздние. Также в их работах чаще упоминаются дисфункциональные схемы, хотя и здоровые режимы все-таки разрабатываются как теоретический концепт.

Понятие режима

Можно сказать, что схема чаще всего проявляется в так называемом копинге или режиме. Совладание или копинг может заключаться как в следовании схеме, так и попытке ее преодолеть. Копинги и схемы чаще проявляются в режиме.

Дисфункциональные детские режимы

Сердитый ребенок. Режим “включается” в основном за счет ощущения себя жертвой или появления чувства горечи, ведущего к отрицанию, пессимизму, ревности и ярости. Такой пациент может испытывать потребность кричать, орать, бросать/ломать

вещи и возможно даже наносить вред себе/окружающим. Он часто разгневан, испытывает страх, отчаяние, полон сомнения в себе, чувствует отсутствие поддержки собственных идей, раним.

Импульсивный ребенок. При этом режиме можно все и безнаказанно. Теоретически данный режим может вступать в кризисные периоды. Режим может включать в себя опасное вождение личного автотранспорта, употребление психотропных веществ, нанесение себе порезов, азартные игры, внезапные вспышки гнева даже с нападением на окружающих или порчей вещей, яростное обвинение ни в чем неповинных людей, незащищенный секс, быстрое принятие решения убежать от возникшей проблемы без ее решения. К сожалению, этот режим может приводить к сознательным суицидальным мыслям и действиям, поэтому он опасен.

Уязвимый ребенок. Это режим, в котором человек чувствует себя в каком-то смысле дефектным, выброшенным, нелюбимым. Ощущение того, что его оставили сверстники, друзья, семья, и даже целый мир, являются основой. Режим проявляется тяжелой депрессией, пессимизмом, чувством ненужности, комплексом неполноценности, ощущением себя недостойным любви. Суицидальные замыслы и тенденции, гиперчувствительность к критике/комплиментам, упрямство, замкнутое поведение и отношение типа “чего ради стараться?” составляют основу “уязвимого ребенка”.

Дисфункциональные взрослые схемы

Отстраненный защитник. Пациент производит впечатление взрослого и уравновешенного, но на самом деле прячет эмоции. Это может быть обусловлено многими стрессовыми факторами или чувством потрясения. Отсутствие навыков справляться с ситуацией, когда от человека требуется повышенная самоотдача, или навязчиво вращающаяся цепочка мыслей/эмоций, часто могут вызвать режим “отстраненного защитника”. Проще говоря, пациенты впадают в оцепенение чтобы защитить себя от последствий стресса или того, чего они боятся, страха неизвестности в целом. Недоверие часто является причиной, “запускающей” такого рода страхи.

Карающий / критикующий / пунитивный родитель. Пациент убежден в том, что должен быть жестоко наказан, возможно из-за ощущения вины или в совершения какой-либо простой ошибки. Он может чувствовать, что должен быть наказан даже за то, что он существует, когда режим наказывающего родителя завладевает их личностью. Печаль, гнев, нетерпение, а также недовольство проявляются в “наказывающем родителе”, и направлены на пациента и от пациента. Даже небольшие и решаемые проблемы или нереалистичные перфекционистские ожидания, а также “черное-белое мышление” порождают “наказывающего родителя”. При этом имеются большие трудности в прощении себя даже при обычных обстоятельствах, когда любой мог бы не оправдать их ожиданий. Человек в режиме наказывающего родителя не желает допустить любую ошибку или несовершенство.

Бывает сложно отличить режим отстраненного защитника от карающего родителя, оба они могут сопровождаться гневом. Практика показывает, что если гнев направлен на психотерапевта, то это “отстраненный защитник”, если на самого клиента – то это “карающий родитель”.

Здоровые схемы

Счастливый ребенок. Это схема, когда все базовые потребности удовлетворены. Такая схема нужна и взрослым для развития творчества, непосредственности, для способности учиться и узнавать что-то новое, при этом будучи абсолютно уверенным в собственной безопасности. Эта схема позволяет адекватно взаимодействовать с собственными родителями, особенно на этапе детского и подросткового развития. Однако для взрослого пребывание только лишь в детских схемах тоже может стать проблемой, ребенок постепенно все-таки должен брать не только инициативу, но и ответственность.

Данная схема присутствует у всех людей, но при расстройствах личности она очень редко проявляется.

Здоровый взрослый. Этот режим, который обеспечивает длительное состояние благополучия. Если он сформирован, человек хорошо справляется с принятием решений, заботлив,

способен обнадежить, амбициозен, устанавливает пределы и границы, формирует здоровые отношения, берет на себя всю ответственность, видит вещи насквозь и в определенных границах наслаждается, участвует в доставляющих радость занятиях и проявляет к ним интерес, также заботится о своем физическом здоровье, рационален, способен решать проблемы, думает, прежде чем действовать, обладает чувством собственного достоинства, хорошо сбалансирован психически, эмоционально и физически. Такой человек представляет собой зрелую личность и любит себя, сосредоточен на сегодняшнем дне, но надеется и стремится к лучшему в будущем. Он прощает прошлое, больше не видит себя в качестве жертвы (но в качестве пережившего) и выражает все эмоции здоровыми средствами, не приносящими вреда.

Психотерапевтические вмешательства в схема-терапии

Как и любая когнитивно-поведенческая психотерапия, схема-терапия активно использует психообразование и постепенно клиент становится (или должен становиться) как бы терапевтом самому себе [4]. Данная методика хорошо структурирована, может проводиться в ограниченном формате, до 12 сессий и дольше. Клиенты обучаются распознавать свои дисфункциональные схемы и режимы, для этого в последнее время появилось больше красочного материала (психологические схема-карты, дневниковые короткие формы и т.д.), что способствует более эффективному усвоению информации и скорейшему применению схема-самотерапии в жизни.

Индивидуальная схема-терапия прекрасно сочетается с групповой работой, в последнее время на русский язык переведены подробные программы в данном походе.

В самом широком смысле психотерапевтическая работа заключается в усилении здоровых режимов, исцелении детских травм, удовлетворении базовых потребностей, а также снижении и избавлении от дезадаптивных копинг-стратегий и режима карающего взрослого. Терапевт при этом является как бы тем самым здоровым родителем, которого у клиента не было в детстве.

Цель схема-терапии заключается в создании и поддержании безопасных для выражения эмоций отношений. Предполагается, что формирующийся в таких отношениях здоровый стиль привязанности будет способствовать как бы обучению пациента новым для него адаптивным стилям взаимодействия с людьми. Терапевт удовлетворяет потребности в безопасности, обеспечивает надежность и последовательность своего взаимодействия, способствует формированию здоровых границ, помогает пациенту принять свой опыт (то есть валидировать его). Пациент учится заботиться о себе и своих потребностях и со временем необходимость в “терапевте-родителе” снижается. Схема-терапия оценивает силу здоровых режимов, способствует переходу пациентов к большей самостоятельности.

Стиль ограниченного родительства представляет собой баланс для терапевта между утешением, состраданием, защитой и в то же время конфронтацией, например, импульсивного режима. На психотерапевтических группах “родитель”-терапевт ведет себя как равный родитель для “братьев” и “сестер”.

Схема-терапию предлагается проводить не только с пациентами, страдающими тяжелыми пограничными расстройствами, но и в условиях стационара принудительного лечения.

В группу рекомендовано включать до 8 пациентов. Обязательным является присутствие 2 терапевтов. Опытные схема-терапевты могут сформировать группу из 10–12 человек, но авторы групповых программ советуют этого избегать [4]. Стандартный цикл занятий состоит из 12 недель, но в связи с невозможностью комплектации закрытых групп в условиях стационаров, через 6 недель предусмотрено включение новых участников. Группа является как бы здоровой семьей, где открыто обсуждаются все страхи, сомнения, негативный опыт. Группа также стремится к удовлетворению всех базовых потребностей ее участников. Подчеркивается важность завершения хотя бы 6-месячного курса таких встреч.

В обязанности амбулаторного пациента входит уведомлять ответственное лицо в случае пропуска и получение обратной связи. Роль такого ответственного передается от одного участника другому еженедельно. Если пациент не соблюдает правил

посещаемости, с ним это обсуждают в группе. Обсуждение прогула возможно и без отсутствующего пациента, так как группа испытывает стресс и должна решить, как обходиться без него в таких случаях.

Если клиент пропускает 2–3 сессии, ему на электронную почту направляется письмо, в котором также подчеркивается важность его выхода на связь. В случае отсутствия реакции, пациент уведомляется также в письменной форме об исключении из группы и необходимости новой заявки, если он решит продолжить терапию.

Основные правила приводятся в письменном виде уже на первой встрече группы. Интересно, что уже в правилах прописаны неравные, именно родительские права терапевтов, что они будут вступать в конфронтацию с некоторым поведением участников, несмотря на всю эмпатию и валидацию. В правилах есть обязательства психотерапевта и перед членами группой, в том числе, по посещаемости и поведению на группе, соблюдению конфиденциальности и взаимоуважению.

Стационарным пациентам разрешено не приходить при ухудшении состояния или в случае необходимого приема снотворных препаратов, но в случае регулярных пропусков их также исключают.

Терапевты, вовлеченные в групповую терапию, нуждаются в постоянной связи друг с другом, так как возможны недопонимания, обесценивание ограниченного родительства. Некоторые специалисты считают, что схема-терапия заключается в успокоении пациентов и лишь способствует их импульсивному или надменному поведению. В случае организации таких групп впервые рекомендовано совместное обучение всех специалистов и супервизия их работы.

В схема-терапии, как в индивидуальной, так и групповой, большое внимание уделяется удобству и комфортности кабинетов и пространств для работы. Помещение должно быть теплым, домашним, стулья – мягкими, удобными. Кроме этого у пациентов должна быть максимально удобная одежда. Им разрешено приносить с собой вещи, напоминающие о безопасности и комфорте. Важным требованием является комфорт для

самих пациентов, а не формальное рассаживание всех участников по кругу. Допускается смена положения в зависимости от упражнения.

Терапевт также должен быть доступным или ограниченно доступным для любых вопросов от клиентов вне сессий. В этом также проявляется забота и ограниченное родительство. Особое беспокойство вызывают пациенты с пограничным личностным расстройством и для них, по мнению авторов руководств по схема-терапии, следует рассмотреть способ связи с терапевтом.

В схема-терапии активно используется воображение. Например, упражнение представить себя в пузыре безопасности. Внутри этого пузыря, по рекомендации из пособия, абсолютно спокойно и с собой туда можно взять все что угодно. При этом терапевт или групповой тренер подбадривает клиентов к таким видам работы, несмотря на их привычные схемы самокритики. Сам терапевт должен быть гибким и оптимистично настроенным в отношении техник, предлагать варианты решения. Например, заменить “пузырь” на автомобиль и т.д.

В структуру любых схема-сессий включается психообразование – информирование клиентов о схемах, о режимах, о том, как определить у себя эти состояния. Особое внимание отводится здоровым состояниям и их усилению. Даются домашние задания по распознаванию схем и режимов, а также по укреплению адаптивных режимов. Кроме этого, схема-терапия подразумевает использование когнитивных и поведенческих техник, в частности, экспозиции, рескриптинга (коррекции, “переписывания”), релаксации, решения проблем и развития здоровой коммуникации. У здорового взрослого существенно улучшается состояние при когнитивной работе, так как клиент обучается действовать рационально. Появление такого адаптивного режима оказывает терапевтический эффект и запоминается пациентом.

Схема-терапия постоянно развивается. Она доказывает большую заинтересованность клиентов, интуитивно понятна даже подросткам, а не только взрослым с различными личностными расстройствами. Схема-терапия укрепляет здоровые режимы личности и поэтому мотивирует терапевтов на новые исследования.

Контрольные вопросы

1. При каком режиме пациент производит впечатление взрослого и уравновешенного, но на самом деле прячет эмоции?
2. При каком режиме пациент убежден в том, что он должен быть жестоко наказан, возможно из-за ощущения вины или в результате совершения какой-либо простой ошибки?
3. В какой домен входят схемы негативизма, пессимизма и подавления эмоций?
4. Какой режим появляется опасным вождением автотранспорта, самоповреждением, употреблением ПАВ?
5. Что такое ограниченное родительство?
6. Как проявляется ограниченное родительство на психотерапевтических группах?
7. Назовите схемы при нарциссическом расстройстве.
8. Какие схемы и режимы более характерны для пограничного личностного расстройства?
9. Возможна ли групповая работа в схема-терапии? Как ее проводят?
10. Что представляет собой режим здорового взрослого?

Л и т е р а т у р а

1. Янг Дж., Клоско Дж., Вайсхаар М. Схема-терапия: Пер. с англ. – СПб.: ООО “Диалектика”, 2020. – 464 с.
2. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии // Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах. – М.: Научный мир, 2016.– 320 стр.
3. Арнтц А., Гендерсен Х. Схема-терапия пограничного расстройства: Пер. с англ. – СПб.: ООО “Диалектика”, 2021. – 352 с.
4. Фаррел Дж. М., Рейс Н., Шоу А.А. Клиническое руководство по схема-терапии. Полный курс для создания и реализации индивидуальных, групповых и индивидуальных программ по схема-терапии. – М.: Научный мир, 2020. – 352 с.

Современная психотерапия расстройств личности

Учебное пособие

Заведующая редакцией *Н.Б. Гончарова*

Редактор *Л.Б. Абрамова*
Компьютерная верстка *М.М.Абрамовой*

Подписано в печать 6.04.2023 г.
Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 5,0.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.