

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 2 (81) 2014 апрель-июнь

1992—2009
МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Ф.Е. Василюк, Н.Г. Гаранян (зам. главного редактора)
В.К. Зарецкий, Е.В. Филиппова, Э. Майденберг (США),
П. Шайб (Германия)

Редактор
М.А. Кони́на

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: +7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: +7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале «Консультативная психология и психотерапия», допускается только с разрешения редакции

© МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2014

Формат 60×84/16. Гарнитура Newton C. Усл. печ. л. 13,95. Тираж 1000 экз.

- 7 *Холмогорова А.Б.*
От главного редактора

**СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
«ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ»**

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

- 10 *Агарков В.А.*
Диссоциация и пограничное расстройство личности
- 38 *Ласовская Т.Ю.*
Самоповреждающее поведение при пограничном
личностном расстройстве

ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ

- 48 *Ласовская Т.Ю.*
Опросник для диагностики пограничного личностного
расстройства формы «А»
- 78 *Холмогорова А.Б.*
Схема-терапия Дж. Янга — один из наиболее эффективных
методов помощи пациентам с пограничным расстройством
личности

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 88 *Конина М.А., Холмогорова А.Б., Сорокова М.Г.*
Феномен неограниченного сексуального поведения в
современном обществе: патологические тенденции культуры
или патология личности?
- 119 *Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., Арбузова Л.А.*
Травматический стресс у пациентов с хроническим
суицидальным поведением и чертами пограничного
личностного расстройства
- 140 *Польская Н.А.*
Причины самоповреждения в юношеском возрасте
(на основе шкалы самоотчета)
- 153 *Холмогорова А.Б., Климова И.Д.*
Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов
с чертами пограничного расстройства личности

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- 168 *Федунина Н.Ю.*
Абоненты с пограничной личностной организацией на
телефоне доверия. Анализ случая

СОБЫТИЕ

- 176 Публичная лекция А. Ленгле «Пограничное расстройство личности в экзистенциально-феноменологической перспективе»

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 191 *Агарков В.А., Бронфман С.А.*
Множественные аборты как способ переработки психической боли
- 213 *Калина О.Г.*
Психоаналитическое наблюдение за младенцами по методу Эстер Бик: современные цели и перспективы
- 232 Наши авторы

- 7 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

SPECIAL ISSUE: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

THEORY AND METHODOLOGY

- 10 *Agarkov V.A.*
Dissociation and Borderline Personality Disorder
- 38 *Lasovskaja T.Yu.*
Self-injurious behavior in borderline personality disorder

PSYCHOGNOSIS AND PSYCHOTHERAPY

- 48 *Lasovskaja T.Yu.*
The questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder forms "A"
- 78 *Kholmogorova A.B.*
J. Yang's scheme therapy — one of the most effective methods of care for patients with borderline personality disorder

EMPIRICAL RESEARCHES

- 88 *Konina M.A., Kholmogorova A.B., Sorokova M.G.*
The phenomenon of unrestricted sexual behavior in modern society: pathological culture tendency or personality pathology?
- 119 *Gorchakova V.A., Kholmogorova A.B., Palin A.V., Arbutzova L.A.*
Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder
- 140 *Polskaya N.A.*
The reasons of self-injurious behavior in youth (based on a self-report scale)
- 153 *Kholmogorova A.B., Klimova I.D.*
Coping strategies and emotional maladjustment in student population with traits of borderline personal disorder

STUDY CASE

- 168 *Fedunina N.Yu.*
Pathological callers with borderline personality organization on Helpline. A case-study

EVENT

- 176 Public lecture by A. Lenge "Borderline personality disorder in existential-phenomenological perspective"

PSYCHOANALYTIC RESEARCHES

- 191 *Agarkov V.A., Bronfman S.A.*
Repeated abortion as a way to process mental pain
- 213 *Kalina O.G.*
Psychoanalytic infant observation by Esther Bick's method: contemporary aims and perspectives
- 232 Our authors

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Данный номер посвящен проблеме, которая до сих пор очень мало освещалась в отечественной научной литературе, поэтому его главной задачей является привлечение к ней внимания специалистов. Пограничное расстройство личности (ПРЛ) — это серьезный вызов как для исследователей личностной патологии, так и для практикующих психотерапевтов и консультантов. Его распространенность приближается к 2% населения планеты, а процент этих пациентов в кризисных центрах, стационарах и пеницитарных учреждениях по разным данным колеблется от 30 до 60%. И хотя издаются первые отечественные и переводятся некоторые зарубежные монографии, посвященные ПРЛ, по сравнению с потоком исследований на Западе у нас их очень и очень мало. Восполнить этот дефицит призван помочь данный спецвыпуск.

Номер открывается фундаментальной теоретической статьей В.А. Агаркова, посвященной одному из центральных феноменов и критериев ПРЛ — диссоциативным механизмам и их связи с травматическим опытом пациентов. Читатель сможет получить представление о самых последних тенденциях трактовки природы диссоциации и ее связи с травматическим опытом и риском ПРЛ, развиваемых в современном психоанализе. С типологией и феноменологией самоповреждающего поведения, которое также является одним из ключевых критериев ПРЛ, знакомит статья Т.Ю. Ласовской. Важным событием является разработка отечественной методики диагностики пограничного расстройства личности, которая представлена в еще одной статье этого автора, в разделе «Психодиагностика и психотерапия». В этом же разделе будут представлены возможности и специфика терапии ПРЛ в статье, посвященной одному из самых эффективных психотерапевтических методов лечения ПРЛ — схема-терапии Джеффри Янга.

Ряд статей представляет цикл оригинальных эмпирических исследований, выполненных отечественными специалистами. Частая смена партнеров и рискованное сексуальное поведение является характерной особенностью лиц, страдающих ПРЛ. Впервые в отечественной психологии проведено исследование распространенности так называемого неограниченного сексуального поведения в российской популяции, направленное на выявление его связей с чертами ПРЛ. Его результаты приведены в статье М.А. Кониной, А.Б. Холмогоровой и М.Г. Сороковой. Высокий суицидальный риск делает работу с пациентами с ПРЛ

особенно тяжелым бременем для специалистов. В статье, написанной авторским коллективом психологов совместно с психиатром, изложены результаты исследования частоты травматических жизненных событий и их субъективных последствий для жизни пациенток стационара, совершивших множественные суицидальные попытки, приводятся краткие описания конкретных случаев. Наконец, в еще двух статьях представлены данные о механизмах самоповреждающего поведения, а также о распространенности черт ПРЛ и их связи с эмоциональной дезадаптацией и различными стратегиями совладающего поведения в студенческой популяции. Эти данные наводят на серьезные размышления о росте этих проблем в популяции и необходимости привлечения к ним пристального внимания специалистов.

Значительные, требующие высочайшей квалификации трудности работы с этим контингентом давно стали общепризнанным фактом в профессиональной среде. В эссе Н.Ю. Федуниной отражен опыт работы сотрудников телефона доверия с регулярно обращающимся в эту службу лицами с пограничной личностной организацией. В ярких метафорах опрошенных автором сотрудников отражены феномены проективной идентификации и других коммуникативных ловушек, которые бессознательно расставляются этими пациентами в процессе общения с консультантами.

Настоящим событием последнего года стала публичная лекция, прочитанная в Москве Альфридом Ленгле, — известным психотерапевтом, развивающим экзистенциально-гуманистический подход и приложившим много сил для распространения его в нашей стране. Лекция стала одной из первых попыток рассмотреть пограничное личностное расстройство как способ экзистенции тяжело травмированного человека, она полна ярких феноменологических зарисовок и точных метафор. С любезного разрешения профессора Ленгле редактор нашего журнала Муза Кониная на основе аудиозаписи перевода воспроизводит для нас текст этой уникальной лекции в рубрике «Событие».

Отдельной рубрикой представлены психоаналитические исследования младенцев и материнского поведения. Пограничное расстройство личности многие авторы связывают с нарушением привязанности на самых ранних этапах развития. В этой связи особый интерес в контексте нашей темы представляют исследования младенческого возраста. В статье О.Г. Калины, посвященной методу наблюдения за младенцами, разработанному психоаналитиком Эстер Брик, описаны возможности использования этого метода на современном этапе как в исследовательских, так и в практических целях. Статья содержит многочисленные феноменологические описания с интерпретациями. Нарушения

материнского поведения у женщин в виде множественных абортов описаны еще в одной психоаналитически ориентированной статье. Авторы рассматривают такое поведение как способ совладания с психической болью, что может отражать пограничную структуру психики у женщин, которым оно свойственно.

От имени редакции выражаю признательность всем авторам, представившим свои статьи в этот спецвыпуск, призванный привлечь внимание отечественных специалистов к сложной проблеме, которая остро стоит в современном обществе и нуждается в дальнейшей разработке и осмыслении.

А.Б. Холмогорова

ДИССОЦИАЦИЯ И ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

В.А. АГАРКОВ

Статья посвящена одному из важных аспектов пограничной психопатологии — диссоциации. Рассмотрены основные признаки пограничного расстройства личности (ПРЛ), в том числе критерии ПРЛ в DSM-V. Приведен краткий обзор развития концепции диссоциации, начиная с работ Пьера Жане. В статье освещены два подхода к пониманию пограничной патологии, в том числе диссоциативных симптомов. Первый подход исторически связан с работами Пьера Жане, Мортон Принца, Чарльза Майерса. Современными представителями этого направления являются Ван дер Харт, Нейенхюус, Стил, разработавшими теорию структурной диссоциации (ТСД). Согласно ТСД, ПРЛ относится к классу травматических расстройств, т.е. расстройств, являющихся следствием психотравмирующего переживания. Согласно данной теории диссоциация, активированная как механизм защиты при психической травме, является основным механизмом патогенеза при ПРЛ. Другой подход, начало которому было положено в работах Боулби, продолжен в исследованиях Мэйн, Соломон, Лионс-Рут, Ховелл, Бейтмана и Фонаги. Согласно взглядам этих исследователей и клиницистов, психическая травма не играет решающей роли в этиологии ПРЛ. Центральным фактором сложных механизмов формирования этого расстройства является дезорганизованная/дезориентированная привязанность и фиксация на модусах функционирования психики, которые предшествуют ментализации. Механизм диссоциативных симптомов описан представителями этого направления в терминах сегрегированных внутренних рабочих моделей, а также нарушения ментализации.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, диссоциация, психическая травма, нарушения привязанности, ментализация

Введение

Жизнь людей с пограничным расстройством личности (ПРЛ) напоминает сюжеты латиноамериканским сериалов, индийских «болливудских» мелодрам или «мыльных опер», в которых центральными мотивами выступают темы разлуки, оставленности, утраты, поиска доброго опекуна, родителя, возлюбленного, а также мести [Millon и др., 2004]. Эта жизнь, которая очень часто протекает под лозунгом «Тормоза придумал трус!», полна

нешуточных страстей, неожиданных поворотов судьбы и потрясений. В хаотическом круговороте отношений одни персонажи сменяют другие, претерпевая при этом умопомрачительные превращения: небесные создания вдруг предстают исчадиями ада, добрые и заботливые опекуны оказываются ужасными злодеями, а преступники, мошенники, изгои общества, вдруг раскрываются с неожиданной стороны — они уже ангелы-хранители, спасители, которые удерживают протагониста от рокового шага, ведущего его или ее в пропасть. Эти сюжеты обычно многократно проигрываются и в терапевтических отношениях пациента с ПРЛ.

Одна из центральных тревог индивида с ПРЛ связана со страхом разрыва значимых отношений, оставленности. С одной стороны, индивиды с ПРЛ не в состоянии сохранять и поддерживать стабильные отношения, и вся их жизнь, наподобие карусели, потерявшей управление, в бешеной круговерти вращается вокруг оси, заданной двумя полюсами: нахождение и расставание с партнерами. Они ужасно боятся остаться одни, при этом, как правило, у них совершенно отсутствует понимание, что отчаянные и полные драматизма попытки удержать партнеров по отношениям чаще всего только отталкивают близких людей. Часто именно в одиночестве они переживают сильно выраженные диссоциативные состояния деперсонализации/дереализации, переключения между диссоциативными состояниями [Bateman, Fonagy, 2003; Howell, 2005; Zanarini и др., 2000]. Срывы в отношениях приводят к переполнению аффектами, в том числе тревогой, стыдом, самоуничижением, депрессиями, и вовлечению в такое саморазрушительное поведение, как злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами, к импульсивному поведению и к промискуитету.

Пограничное расстройство личности представляет собой сложное и тяжелое психиатрическое расстройство [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013], отличительными чертами которого являются устойчивый паттерн нарушения регуляции аффекта и контроля над импульсами, а также отсутствие стабильности в отношениях с другими людьми и в собственной идентичности, во внутреннем образе своей персоны. К кругу пограничной патологии также относятся и диссоциативные симптомы: дереализация и деперсонализация, флэш-бек эффекты, психогенная амнезия, симптомы соматоформной диссоциации и др. Кроме того, для индивидов с ПРЛ характерно использование примитивных защитных механизмов, таких как расщепление (сплиттинг)* и проективная идентификация, одним из звеньев которых является диссоциация [Bateman, Fonagy, 2003].

* Следует отметить, что диссоциация и расщепление не тождественные понятия. Диссоциация является более широкой концепцией, тогда как расщепле-

В классификаторе DSM-V приведены следующие критерии ПРЛ:

А. Значимые нарушения функционирования личности, проявляющиеся в

1. нарушениях **функционирования я** (а или б)

а. **Идентичность**: Заметно обедненный, слабо развитый образ своего я, который часто связан с чрезмерной самокритикой, устойчивым чувством внутренней пустоты, диссоциативными состояниями при воздействии стресса.

б. **Саморегуляция**. Непостоянство целей, уровня притязаний, ценностей или планов в отношении построения карьеры

2. Нарушения в **межличностном функционировании** (а или б)

а. **Эмпатия**: Сочетание нарушения способности распознавать чувства и потребности других с гиперсензитивностью в межличностной сфере (например, отношения окружающих расценивается как пренебрежительное или оскорбительное); восприятие других селективно фокусировано на слабостях или недостатках.

б. **Близость**. Бурные, нестабильные и конфликтные близкие отношения, характеризующиеся недоверием, потребностью в эмоциональной поддержке и одобрении, беспокойной поглощенностью мыслями о возможном или воображаемом уходе партнера; восприятие близких отношений обычно колеблется между крайними полюсами идеализации и обесценивания, в самих отношениях индивид проявляет две крайних линии поведения — либо чрезмерную вовлеченность, либо отстраненность.

В. Патологические **черты личности** в следующих областях:

1. **Нарушения в аффективной сфере**, проявляющиеся в:

а. **Эмоциональной лабильности**: нестабильные эмоциональные переживания и частые смены настроения; эмоции, которые легко возникают, обладают высокой интенсивностью, и/или не соответствуют событиям и обстоятельствам, которые они сопровождают.

б. **Тревожности**: Сильные чувства нервозности, напряжения или паники, которые часто возникают как реакция на стресс в контексте межличностных отношений; беспокойство по поводу негативных последствий неприятных переживаний прошлого и неблагоприятных ситуаций в будущем; чувства страха, дурные предчувствия, ощущение угрозы в ситуациях неопределенности; страх внутреннего распада или утраты контроля.

ние или сплиттинг — термин, который использовали Фрейд для описания перверсии, а также представители теории объектных отношений и Кернберг — для обозначения нормативного процесса и механизма психической защиты, в результате которого происходит разделение образа я и другого на плохой и хороший. Диссоциация выступает одним из звеньев механизма расщепления [Агарков, 2002].

с. **Чувстве незащищенности, связанное со страхом сепарации:** Страх отвержения — и/или сепарации — значимым другим, связанные со страхом чрезмерной зависимости и полной утраты автономии.

д. **Депрессивности:** Часто испытываемые чувства подавленности, ничтожности, и/или безнадежности; трудности преодоления подобных настроений; пессимизм в отношении будущего, доминирующее чувство стыда; сниженная самооценка, мысли о самоубийстве и суицидальное поведение.

2. **Расторможенность**, которая характеризуется:

а. **Импульсивностью:** действия под влиянием момента, непосредственная реакция на воздействие стимулов; непродуманные действия без плана и без понимания последствий; трудности в формировании плана действий или в его осуществлении, ощущение безотлагательности и поведение самоповреждения при переживании эмоционального дистресса.

б. **Принятием рискованных решений:** Участие в опасных, рискованных и угрожающих причинением ущерба себе видах деятельности без веских причин и без понимания возможных последствий; отсутствие понимания границ собственных возможностей и отрицание угрозы в действительно опасных ситуациях.

3. **Неприятное отношение**, характеризующееся:

а. **Враждебностью:** Постоянные или часто возникающие чувства злости, гнева или раздражительности в ответ на умеренные проявления равнодушия и обиды.

С. **Нарушения в функционировании личности и проявлении личностных черт индивида** являются относительно стабильными в течение времени и не зависят от ситуаций.

Д. **Нарушения в функционировании личности и проявлении личностных черт индивида** не могут быть вполне объяснены с позиций нормативных закономерностей развития, свойственных возрастному периоду, в котором находится индивид, а также его социально-культурному окружению.

Е. **Нарушения в функционировании личности и проявлении личностных черт индивида** не могут быть объяснены только как последствия непосредственного физиологического эффекта интоксикации психоактивными веществами (например, наркотики, психотропные медицинские препараты) или общего медицинского заболевания (например, тяжелая черепно-мозговая травма).

В силу того, что формальное правило постановки диагноза ПРЛ требует выполнения пяти критериев из девяти*, то возможны 151 различ-

* Данные выкладки приведены для определения ПРЛ в предыдущем, 4-м пересмотре классификатора DSM (См. [Каплан, Сэдок, 1998, с. 278]).

ных комбинации симптомов в клинической картине пациентов с диагнозом ПРЛ (некоторые авторы приводят цифру 256 как возможное число комбинаций симптомов при ПРЛ) [Bateman, Fonagy, 2003]. Таким образом, весьма велика вероятность того, что у двух пациентов с диагнозом ПРЛ будет совпадать только один из девяти критериев ПРЛ. То есть, под рубрикой диагноза ПРЛ, по-видимому, объединены самые разные случаи личностных расстройств с сильно отличающимися клиническими картинками. Это является одним из наиболее серьезных поводов для критики критериального подхода к диагностике ПРЛ и вообще личностных расстройств, принятого в современных психиатрических классификаторах и сохраненного, несмотря на порой ожесточенную дискуссию, в DSM-V.

Таким образом, мы видим, что диагноз ПРЛ описывает гетерогенную группу пациентов с разной клинической картиной расстройства и, естественно предположить, разным весом факторов в этиологических моделях расстройства. Отсюда следует, что разнообразие внешних проявлений и этиологии ПРЛ необходимо учитывать и при определении стратегии оказания терапевтической помощи, и при оценке эффективности того или иного вида терапии при лечении пациентов с ПРЛ.

В данной статье мы остановимся на двух группах факторов этиологии ПРЛ: психической травме (главным образом, повторяющиеся эпизоды физического насилия и сексуального абюза в детстве) и нарушения привязанности. Этим двум группам факторов соответствует два типа и две концепции диссоциативных феноменов. Согласно первому подходу, и диссоциативные переживания во время травматизации (перитравматическая диссоциация) и диссоциативные симптомы «травматических» расстройств являются внешним проявлением действия диссоциации как механизма психической защиты в ответ на психическую травму. Некоторые авторы рассматривают ПРЛ либо как вариант расстройства множественной личности [Ross, 1996], либо как вариант ПТСР [Van der Kolk, 1996]. Согласно теории структурной диссоциации О. Ван дер Харта и его коллег ПРЛ представляет собой пример патологии, вызванной вторичной диссоциацией, связанной с психической травматизацией в раннем детстве. Диссоциация, связанная с психической травмой, впервые получила концептуальное описание в работах Пьера Жане [Жане, 2009], а впоследствии — Эрнеста Хилгарда [Hilgard, 1973], Фрэнка Патнема [Патнем, 2004], Онно Ван дер Харта, Эллерта Нейенхюса, Кэти Стил [Ван дер Харт и др., 2013] и др.

Согласно второму подходу, нарушение привязанности, которые ведут в случае ПРЛ к формированию дезорганизованного паттерна привязанности, фрагментации внутренней рабочей модели (ВРМ) и межлич-

ностной интерпретативной функции (МИФ), создают основу для так называемой диссоциации паттернов интерперсонального взаимодействия. Согласно концепции П. Фоаги и Э. Бэйтмана, диссоциативные состояния предстают как внешние проявления функционирования психики в модусах, предшествующих рефлексивному модусу ментализации: психического тождества и имитационного модуса.

Понятие диссоциации

Впервые попытка научного описания диссоциативных феноменов была предпринята Аманом-Мари-Жаком де Шатене (маркизом де Пюисежуром), учеником Мессмера [Элленбергер, 2001], экспериментировавшим с индивидуальными и групповыми методами гипноза. Приоритет в систематических исследованиях и разработке концепции диссоциации в рамках парадигмы динамической психиатрии принадлежит другому французскому ученому, Пьеру Жане. Наряду с П. Жане во Франции, по другую сторону Атлантики, диссоциативные психические феномены изучали Мортон Принц и Уильям Джеймс.

Согласно Джозефу Сандлеру [Sandler и др., 1991], диссоциацию можно было бы охарактеризовать как «эластичное» (elastic) понятие, содержание которого постоянно пополняется в соответствии с новыми данными исследований. Такие понятия служат своего рода связующим элементом между различными теоретическими представлениями и концепциями. Содержание такого рода понятий раскрывается только в соотношении с контекстом, в котором оно используется.

Дополнительные сложности в проблему определения термина «диссоциация» вносит то, что многие авторы используют слово «диссоциация» скорее как метафору, а не как термин с определенным содержанием. Как метафора, слово «диссоциация» используется для описания независимого функционирования частей некоторой целостной структуры, а также резкого, характерного противопоставления, несогласованности отсутствия связей и т.п. Так, иногда говорят о диссоциации тех или иных параметров той или иной методики, имея при этом в виду несогласованное, независимое изменение измеряемых переменных, что статистически может выражаться в отсутствии корреляции между ними.

В психологической и клинической литературе существуют различные определения понятия диссоциация. Эти определения можно развести по трем группам в зависимости от того, на каком из аспектов диссоциации в них ставится акцент: процессуальном, адаптивном, феноменологическом. Таким образом, в зависимости от контекста, о диссоциации говорят как о процессе [Агарков, 2002; Каплан, Сэдок, 1998; DSM-V, 2013], механизме психологической защиты [Агарков, 2002;

Мак-Вильямс, 1998], психическом состоянии [Агарков, 2002; Bernstein, Putnam, 1996] и/или психопатологическом и психиатрическом симптоме или синдроме [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013].

Мортон Принц охарактеризовал диссоциацию как основной регулирующий принцип нервно-психического аппарата [Патнем, 2004]. Как процесс, диссоциация приводит к тому, что комплекс поведенческих паттернов, мыслей, отношений или эмоций становится отделенным от остальной части личности человека и функционирует с той или иной степенью сепарированности и независимости [Патнем, 2004; DSM-V, 2013]. Согласно определению диссоциации, принятой в американской психиатрической номенклатуре [Каплан, Сэдок, 1998; DSM-V, 2013], диссоциация представляют процесс, который приводит к нарушению интегрированных в норме «функций сознания, осознания подлинности своего эго или моторного поведения, в результате которого определенная часть этих функций утрачивается». А. Людвиг [Ludwig, 1966, 1983] считает диссоциацию процессом, посредством которого определенные психические функции, в норме интегрированные с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти.

А. Людвиг [Ludwig, 1983] выделяет семь основных адаптивных функций диссоциации: (1) автоматизация поведения; (2) эффективность и экономичность деятельности; (3) разрешение непереносимых конфликтов; (4) уход от повседневной реальности; (5) изоляция катастрофических переживаний; (6) катарсическая разрядка некоторых (табуированных) эмоций и аффектов; (7) усиление «стадных чувств».

Как механизм психологической защиты, диссоциация помогает индивиду справиться с интенсивными негативными эмоциями, вызванными воздействием факторов психотравмирующей ситуации или события. В этом состоит одна из особенностей диссоциации как механизма психической защиты. К двум другим относятся следующие: (1) диссоциация является врожденным механизмом, а не формируется в процессе онтогенеза; (2) диссоциация выступает отдельным звеном в действии некоторых других (как правило, примитивных) защит, например проективной идентификации, расщепления (сплиттинга).

Диссоциативные состояния могут быть отнесены к классу неравновесных состояний [Прохоров, 1998], которые характеризуются низким уровнем психической активности. Согласно концепции «диссоциативного континуума» [Bernstein-Carlson, Putnam, 1986], диссоциативные состояния расположены вдоль некоего гипотетического континуума, на одном полюсе которого находятся «нормативные» диссоциативные фе-

номены, например, абсорбция, дорожный транс, некоторые виды рассеянности, а на другом полюсе — тяжелые формы диссоциативной патологии. К последним относятся симптомы диссоциативных расстройств и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [Bernstein-Carlson, Putnam, 1986; Ross, 1996]. Между этими полюсами располагаются промежуточные формы диссоциативных феноменов: умеренные состояния деперсонализации/дереализации, глубокий транс, *deja-vu* и др. Согласно С.П. Рубинштейну, легкие, обратимые, неполные формы диссоциации или «отщепления» могут наблюдаться на определенных этапах онтогенетического созревания в момент зарождения сложных эмоций, при самых разнообразных аффективных состояниях, при зарождении творческого процесса [Рубинштейн, 1957].

Однако многие клиницисты и исследователи ставят под сомнение идею диссоциативного континуума, придерживаясь мнения, во многом согласующегося с идеями П. Жане, согласно которому к диссоциативным феноменам относятся только признаки психопатологии. Так, таксонометрический анализ огромного массива данных, полученных при помощи методики Шкала диссоциации* (Dissociation Experience Scale), приведенный Дж. Валлером и Ф. Патнемом [Bernstein-Carlson, Putnam, 1993; Waller, Putnam, 1996] показал, что 8 пунктов этой шкалы, в которых приводится описание симптомов диссоциативной психопатологии, ведут себя как таксон, а не как континуальные переменные. Так же и О. Ван дер Харт, Э. Нейенхюс и К. Стил, следуя идеям Жане, считают, что диссоциация относится к области психопатологии.

Диссоциация и травма

По П. Жане [Жане, 2009] сознание является не однородной «гомогенной» системой, а сложной структурой: наряду, или параллельно, с «главной частью сознания» сосуществуют другие формы сознания. Иные или «рудиментарные» формы сознания можно наблюдать при некоторых патологических состояниях, таких как каталепсия и сомнамбулизм, а также при внушении. При определенных условиях, в результате которых происходит ослабление силы синтеза, наступает «психическая слабость», становится возможна более или менее самостоятельная деятельность систем, личностных структур. Для обозначения таких состояний Жане предлагает термин диссоциация (*désagrégation*). При этом элементы, «ускользнувшие» от нормального синтеза восприятия, могут группироваться вокруг нового центра и выступить на первый план при

* Русскоязычный адаптированный вариант DES — Шкала диссоциации (ШД) см. в [Агарков, 2002]

некоторых благоприятных условиях, формируя так называемые «пред-сознательные фиксированные идеи».

Психическая слабость, согласно Жане, детерминирована как наследственными факторами, так и ситуативными, например, утомление, интоксикация, ослабление организма, но наиболее вероятной причиной временной психической слабости является эмоция. Особенно это верно в отношении интенсивных негативных аффектов, которые сопровождают переживание психической травмы.

После нескольких десятилетий забвения, которое было во многом связано с разработкой, в некотором смысле, конкурирующей концепции вытеснения в психоаналитической теории З. Фрейдом и созданием концепции шизофрении Э. Блойером, интерес к диссоциативным феноменам среди академических исследователей и клиницистов возрождается. Это происходит, во многом, благодаря работам американского психолога Эрнста Хилгарда [Hilgard, 1973] в 1970-х годах. В своей неодиссоцианистской теории Хилгард постулирует внутреннюю активность когнитивных систем, которые управляют информационными потоками и обрабатывают поступающую информацию. Эти системы обладают определенной степенью унитарности, стабильности и автономии, и находятся между собой в иерархических отношениях. Обычно эти системы функционируют согласованно, подобно единому целому, однако при некоторых обстоятельствах, например, когда субъект находится в состоянии гипноза или испытывает последствия психической травматизации, они могут приобрести самостоятельность и независимость друг от друга. Однако эти системы всегда находятся под контролем и управлением особой структуры, которую Э. Хилгард назвал «скрытым наблюдателем». Свои теоретические выкладки Э. Хилгард подкрепляет эмпирическими данными, полученными им в экспериментах с внушенной аналгезией.

В последующие после выхода в свет работ Э. Хилгарда было создано довольно много теоретических моделей диссоциации: теория Б. Брауна BASK [Braun, 1988] (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge), сетевая модель Дж. Йетса и У. Нэшби [Yates, Nashby, 1993], основанная на сетевой ассоциативной модели Г. Бауэра ANT, в которой различается нормальная динамическая диссоциация и патологическая статическая диссоциация, и другие. Остановимся вкратце на структурной теории диссоциации О. Ван дер Харта, Э. Нейенхюса и К. Стил.

ПРЛ как травматическое расстройство

Структурная теория диссоциации (ТСД) О. Ван дер Харта и его коллег [Ван дер Харт и др., 2013] основана на теории диссоциации и теории действия Пьера Жане, идее Чарльза Майерса диссоциативного разделе-

ния личности на аффективную личность (АЛ) и внешне нормальную личность (ВНЛ), а также концепции дискретных поведенческих систем Фрэнка Патнема.

Отправным пунктом ТСД является постулат о строении личности, согласно которому личность представляет собой единство психобиологических систем действий, которые, в зависимости от обстоятельств, выполняют те или иные задачи адаптации. К этим системам относятся системы поддержания внутреннего энергетического баланса, репродуктивная система, система защиты и реагирования на опасность, система привязанности, система социального взаимодействия и др. В норме эти системы функционируют согласованно, а их действия субъективно воспринимаются как принадлежащие я.

Одним из важных постулатов ТСД является деление диссоциативных феноменов на два больших класса: психоформную диссоциацию и соматоформную диссоциацию [Nijenhuis и др., 1997; Nijenhuis и др., 1998]. К кругу соматоформных диссоциативных симптомов относятся такие физические симптомы и нарушения телесных функций, имеющие психогенную природу, как нарушение координации, каталепсия, утрата слуха, обоняния, речи, а также тики, тремор, болевые синдромы и т.д.

В результате переживания потрясения травматического события происходит формирование диссоциативных барьеров между этими системами. При разовом краткосрочном событии диссоциативные барьеры отделяют систему защиты от угрозы от остальных систем личности. Этот тип диссоциации О. Ван дер Харт определил как первичную диссоциацию. При первичной диссоциации образуется одна АЛ, включающая всю систему защиты, и одна ВНЛ, которая объединяет в себе все остальные системы личности. При вторичной диссоциации, которая сопровождается переживанием долгосрочных психотравмирующих ситуаций (участие в боевых действиях, геноцид, повторяющееся насилие и/или сексуальный абюз в детстве), происходит диссоциативное разделение («дробление») внутри системы защиты, и на основе подсистем этой системы формируются несколько АЛ, которые сосуществуют с одной ВНЛ. К патологии вторичной диссоциации авторы ТСД относят, наряду со сложным ПТСР и другими травматическими расстройствами, и ПРЛ. Еще более сложная картина открывается при третичной диссоциации, при которой формируются несколько ВНЛ и несколько АЛ, что наблюдается при расстройстве диссоциированной идентичности (расстройстве множественной личности). Таким образом, в рамках теории структурной диссоциации ПРЛ включен в спектр так называемых травматических расстройств, а диссоциация определена как один из ведущих механизмов формирования симптомов ПРЛ.

О. Ван дер Харт и его коллеги полагают, что большинство случаев ПРЛ связаны с хронической травмой детского абьюза: «Наблюдения показывают, что большинство случаев ПРЛ можно трактовать и лечить как травматические...» [Ван дер Харт и др., 2013, С. 145]. Однако Б. Ван дер Колк отмечает, что только примерно половина пациентов с ПРЛ имеют в анамнезе историю физического и/или сексуального абьюза в детстве. Хотя Б. Ван дер Колк и указывает на то, что большинство пациентов с ПРЛ испытали психическую травму, между тем, к травматическим переживаниям он относит также и переживания сильного страха или стыда, которые далеко не всегда связаны с ситуациями угрозы жизни, здоровью, сексуальным насилием, но скорее — с внезапной сепарацией или странным поведением родителей.

Как уже отмечалось в вводной части статьи, можно говорить о нескольких группах пациентов с ПРЛ [Bateman, Fonagy, 2003; Yun и др., 2013], различая их, в том числе, по основанию роли психической травматизации в этиологии расстройства. Возможно, примерно для половины всех пациентов с ПРЛ, или даже большей их части, диссоциация, связанная с психической травмой, или так называемая «жанетианская» диссоциация [Howell, 2005], играет центральную роль в формировании психопатологии. У таких пациентов можно обнаружить несколько АЛ, которые содержат аффекты ярости жертвы, состояния оцепенения и полного подчинения насильнику, идентификацию с агрессором. В некоторых случаях проявления диссоциаций при ПРЛ травматического генеза очень похожи на симптомы диссоциативного расстройства РДИ. Впрочем, при ПРЛ диссоциативные части личности менее развиты и самостоятельны, чем альтер-личности при РДИ. Для таких пациентов будет релевантным фазово-ориентированный подход к лечению травматических расстройств, в том числе диссоциативных расстройств, разработанный авторами ТСД. Однако, кроме этой группы пациентов, исследователи и клиницисты указывают на большую частоту встречаемости пациентов с ПРЛ, для патологии которых более значимыми факторами оказались нарушения отношений привязанности и ментализации.

Диссоциация и отношения привязанности

Развитие зоны взаимодействия, интерфейса, между теорией привязанности и теорией диссоциации имеет далеко идущие последствия для теории и практики психоанализа и психотерапии. При этом, как для клинической практики, так и для теоретического осмысления клинического опыта, важно различать два типа диссоциации: «жанетианскую диссоциацию» и «диссоциацию привязанности». «Жанетианская» диссоциация может быть вызвана внешним событием, в котором фактор

отношений отсутствует вовсе, например, стихийным бедствием и необязательно непосредственно связана с отношениями с фигурой привязанности.

Уже Дж. Боулби [Bowlby, 1980] отмечал, что в случае чрезвычайно сложных и противоречивых отношений привязанности происходит формирование фрагментированных или сегрегированных рабочих моделей, с которыми, в свою очередь связана внутренняя динамика, которая внешне выражается в явлениях так называемой «диссоциации привязанности». Д. Штерн с соавторами [Stern и др., 1998], Э. Бэйтман и П. Фонаги [Bateman, Fonagy, 2003], К. Лионс-Рут [Lyons-Ruth, 2002], продолжив развитие теории привязанности, предложили описание диссоциативных феноменов в терминах отдельных, фрагментированных внутренних рабочих моделей (ВРМ)*, паттерна дезорганизованной/дезориентированной привязанности (Д-привязанности) и нарушения ментализации.

Как показали Патриция Джад и Томас Макглейшэн [Judd, McGlashan, 2003], концепции привязанности, психической травмы и диссоциации тесно взаимосвязаны в рамках их модели ПРЛ. При этом психическая травма и «жанетианская» диссоциация не ограничены периодом раннего детства, в отличие от Д-привязанности, и могут действовать в разные периоды жизни. С другой стороны, значение переживания психотравмирующего события, независимо от того, когда оно произошло, во многом определяется отношениями с фигурой привязанности в детстве. Согласно модели этиологии ПРЛ, разработанной П. Джад и Т. Макглейшэн, формирование многоуровневой системы психопатологии ПРЛ происходит на основе матрицы системы привязанности под влиянием внутренних конституциональных факторов и воздействий внешней среды и социального окружения. При этом для индивидов с ПРЛ характерен дезорганизованный/дезориентированный вид привязанности, или Д-привязанность, которая занимает центральную позицию в этой модели ПРЛ.

В 1986 г. М. Мэйн и Дж. Соломон [Main, Solomon, 1986] добавили к трем уже описанным к тому времени Мэри Эйнсворт типам привязанности (надежный, и два ненадежных: избегающий и амбивалентный) четвертый, Д-привязанность. Дети с паттерном Д-привязанности часто

* Внутренние рабочие модели содержат ментальные репрезентации я, фигуры привязанности, набор ожидаемого поведения. Рабочие модели представляют собой предсознательное процедурное знание о том, как вести себя с другим человеком. Аспектами этого процедурного знания являются внутренние модели отношений, в том числе защитные маневры, которые запускаются в ответ на защитные маневры фигуры привязанности.

демонстрируют разорванное поведение с чертами трансовых состояний. Такое поведение является следствием либо попыток одновременного исполнения, либо быстрого чередования приближения к фигуре привязанности и маневров избегания. Рут Близард [Blizard, 2003] отмечает сильную взаимную связь между диссоциацией и Д-привязанностью: (1) диссоциативные процессы занимают важное место в Д-привязанности и (2) Д-привязанность создает предрасположенность к развитию диссоциативных симптомов в дальнейшем.

Д-привязанность формируется в случае серьезных нарушений ухода за ребенком или неспособности взрослого, который заботится о ребенке*, чувствовать и понимать потребности ребенка.

Так как Д-привязанность формируется в условиях пренебрежения и нарушений ухода за ребенком, то такая система привязанности не выполняет основную функцию системы привязанности, а именно, регуляции состояния, в том числе, возбуждения, вызванного страхом. При этом, как отмечают многие авторы [Bateman, Fonagy, 2003; Blizard, 2003; Howell, 2005; Judd, McGlashan, 2003], часто страх у ребенка вызывают поведение и реакции самих родителей детей с Д-привязанностью. Таким образом, ребенок попадает в ловушку противоречивых требований: родитель вызывает у ребенка страх, в тоже время, логика системы привязанности заставляет искать успокоения и разрядки аффективного состояния у этой фигуры.

Таким образом, в условиях жесткого конфликта «приближения-удаления» формируются отдельные сегрегированные ВРМ. Эту сегрегацию разных ВРМ невозможно устранить, оставаясь в рамках отношений родитель-ребенок, так как между ребенком и родителем активированы исключительно противоречивые паттерны отношений, и эти противоречия не могут быть ни исследованы, ни разрешены тем или иным способом. Эти сегрегированные системы привязанности могут быть описаны как диссоциированные я-состояния [Blizard, 2003; Howell, 2005].

Кроме того, сегрегированности ВРМ при Д-привязанности способствует нарушения вербальной коммуникации между родителем и ребенком, так как это затрудняет или делает вовсе невозможным понимание и вербализацию, связанное и четкое определение, развернутое в нарративе, того, что происходит в отношениях между ребенком и родителем. Наряду с этим, интеграция негативных аффектов ребенка становится крайне трудной в ситуации, когда во взаимодействии между родителем и ребенком признается субъективность только одной персоны — родителя. Трудности с интеграцией негативного аффекта, в свою очередь, делают

* Далее для простоты мы будем использовать слово «родитель».

ребенка уязвимым к воздействию потенциально психотравмирующих факторов внешней среды и социального окружения, которое сопровождается защитной активацией «жанетианской» диссоциации.

Многочисленные исследования показали, что родители детей с Д-привязанностью отличались чрезмерно высоким уровнем агрессии, а также страдали личностными и диссоциативными расстройствами. Между тем, интересен тот факт, что 15% детей с Д-привязанностью происходят из относительно благополучных семей и не являются жертвами пренебрежительного отношения родителей, сексуального абьюза и/или физического насилия. Так, Эрик Хессе и Мэри Мэйн [Hesse, Main, 1999] указывают на то, что Д-привязанность может формироваться и в отсутствие грубых нарушений ухода: к формированию Д-привязанности приводит гиперопека, в которой сочетаются взаимоисключающие стратегии ухода за ребенком с неспособностью родителей регулировать возбуждение ребенка, вызванное страхом.

Другая группа исследователей во главе с К. Лионс-Рут [Lyons-Ruth, 2002] показала, что к формированию Д-привязанности приводит разная валентность, несогласованность одновременно предъявляемых матерью аффективных сигналов в ее коммуникации к ребенку. Например, когда ребенок испытывает явный дистресс, мать одновременно подбадривает ребенка и насмехается над ним. В ответ на эту смешанную стимуляцию ребенок демонстрирует дезорганизованное поведение.

Элизабет Ховелл отмечает, что в некоторых случаях матери детей с паттерном Д-привязанности часто демонстрировали в игровом взаимодействии со своими детьми отсутствие способности передавать мета-сигналы, обозначающие условность игры. Например, играя с ребенком, они изображали поведение хищника, угрожающе оскаливая зубы, рычали и шипели, преследовали ребенка на четвереньках, однако это поведение было настолько реалистичным, что ребенок, не получающий от них сигналов, подтверждающих «невсамодельный» характер ситуации, испытывал ужас, и даже шок, как будто бы оказавшись атакованным реальным хищником.

Однако, далеко не всегда матери, которые своим поведением вызывают крайний испуг у своих детей, делают это с сознательным намерением нанести ущерб своему ребенку. Скорее всего, описанные выше ситуации в коммуникативном взаимодействии между матерью и ребенком возникают из-за того, что у этих матерей остается незадействованной интегративная способность понимания того, как в психике ребенка отражаются их собственные действия. Многие авторы полагают, что эти матери страдают от не переработанных последствий собственной травматизации, транслируют в коммуникации с ребенком какие-то не инте-

грированные аспекты своего травматического опыта, а также, возможно, травматического опыта предыдущих поколений, пришедшего к ним через механизмы трансгенерационной передачи.

Впоследствии, по мере взросления, дети с паттерном Д-привязанности формируют свои отношения с другими людьми на основе «ложного я». Характерными чертами этих отношений являются постепенно усиливающиеся черты принуждения с их стороны и обращение ролей. Это происходит за счет нарастания дефицитов в эмпатическом понимании мотивов и мыслей других людей, в создании связного нарратива опыта собственного переживания, понимания себя как активного субъекта. Эти дефициты, в свою очередь, оказывают негативное влияние на развитие интегративных способностей, способствуют формированию диссоциативных симптомов и личностных расстройств, в том числе пограничной патологии.

По своим последствиям дезорганизованная привязанность имеет много общего с травмой. Э. Ховелл отмечает, что и травма и Д-привязанность связаны с торможением поведения беззаботной игры, ослаблением способности к обдумыванию своих внутренних состояний, а также символизации и использованию метафор. Как и при психической травме, при активации Д-привязанности выделяется много кортизола, избыточное количество которого угнетает процессы долговременного потенцирования (ДП) в нейронах гиппокампа, может повредить гипоталамус [Howell, 2005] и активирует ДП в нейронах амигдалы — мозговой структуры, отвечающей за процедурную память и формирование сильных связей между стимулами и эмоциональной реакцией [Агарков, 2010]. Все эти явления составляют нейробиологическую основу нарушения регуляции аффекта.

Так называемая «травма отношений» приводит к «диссоциации привязанности» (или расщеплению, по Э. Ховелл [Howell, 2005]), т.е. формированию диссоциированных я-состояний с идентичностями жертвы и агрессора, которые попеременно активируются во внутреннем мире индивида в контексте его или ее отношений с другими людьми. Такая организация внутреннего опыта отношений характерна для пограничной патологии.

События, которые приобретают значение «травмы отношений» на ранних этапах онтогенеза, связаны с сильной тревогой и страхом, с которыми ребенок не может справиться иначе как формируя сегрегированные ВРМ. Такого рода события, однако, как правило, не вызывают психической травматизации у детей более старшего возраста и/или взрослых людей.

При Д-привязанности я прибегает к диссоциативным защитам, направленным на сохранение собственной целостности и связанности

[Калшед, 2001]: расщепление, проективная идентификация, психическое оцепенение, трансовые состояния, самогипноз. Одна из задач системы диссоциативных защит я или системы сохранения я состоит в компенсации неспособности Д-привязанности в сформировать и поддерживать стабильность психики благодаря чувству защищенности и заботы со стороны фигуры привязанности.

Нарушения ментализации и диссоциация

Питер Фонаги и Энтони Бэйтман внесли существенный вклад в понимание механизмов формирования пограничной патологии, исходя из концепции ментализации. Ментализация определена ими как способность индивида понимать свои ментальные состояния, как свои собственные, так и других людей, и как причину и как нечто отличное от поступков, поведения. Другими словами, ментализация представляет собой способность думать о своем поведении и поведении других людей в терминах внутренних интенциональных состояний, а также способность представлять, что могут думать и чувствовать другие люди.

Э. Бэйтман и П. Фонаги описали три модуса психического функционирования, переживания субъективного, которые предшествуют ментализации: телеологическая установка, имитационный модус и психическое тождество*. Психическое тождество характеризуется тем, что внутреннее содержание проецируется вовне и затем принимается как реальное. В состоянии имитационного модуса происходит абсолютное разъединение между миром фантазии и реальным миром. Внутренняя интенция при этом воспринимается как то, что не может иметь никакого влияния на события во внешнем мире. Между внутренним субъективным опытом и эго ребенка создается почти что непреодолимый барьер. Ни психическое тождество, ни имитационный модус не могут создавать внутреннее переживание, которое отличается полноценным качеством внутренней реальности, чувством своего «агентивного» я**.

* В данной публикации представлен авторский вариант перевода специальных терминов, принятых в теории ментализации Э. Бэйтмана и П. Фонаги: «*teleological stance*» — телеологическая установка; «*psychic equivalence*» — психическое тождество; «*pretend mode*» — имитационный модус. [Bateman A.W., Fonagy, 2003]

** Видимо, идее «агентивного» я (agentive self) можно поставить в соответствие концепцию активного субъекта, разрабатываемую в отечественной психологии [Брушлинский, 1994; Тхостов, 1994], а также представления о конкретно-чувственной витальности, живости и «полихромности» как характеристиках репрезентации я в зрелом интегрированном самосознании [Соколова, Николаева, 1995]. Впрочем, этот вопрос требует отдельного исследования.

Таким образом, психическое тождество чересчур реально, имитационный модус слишком нереален. В ходе нормативного развития происходит интеграция этих двух модальностей, и на основе этого синтеза формируется способность к ментализации или рефлексивный модус, в котором и мысли, и чувства переживаются как репрезентации.

Ментализация не возникает как нечто предопределенное, заложенное генетически, на определенном этапе развития. В этом смысле подход П. Фонаги и Э. Бэйтмана отвергает картезианскую парадигму, согласно которой внутренняя активность субъекта, «агентивное» *я*, возникает автоматически из восприятия внутренней ментальной деятельности: «Я мыслю, следовательно, я существую». Внутреннее ментальное пространство, способность ментализации создается через взаимодействие с родителем, который отражает внутренние состояния ребенка. Способность к ментализации формируется на основе системы репрезентаций второго порядка*, в которых представлены физиологические, когнитивные и поведенческие аспекты внутренних состояний ребенка.

Индивиды с ПРЛ демонстрируют недостаточную способность репрезентации психических состояний, и, как следствие, у них отсутствует понимание того, что и реакции других людей, и их собственные реакции могут быть вызваны мыслями, чувствами, убеждениями, желаниями. Этот недостаток ментального функционирования представляет собой результат того, что ребенок не получил в свое время от родителей необходимой помощи в процессе интеграции примитивных способов переживания внутреннего мира, к которым относятся психическое тождество и имитационный модус. Нарушение ментализации приводит к последствиям в психической жизни, которые можно сравнить с дефицитарным функционированием аутоиммунной системы, в результате которого индивид становится уязвимым к поздним и порой довольно жестким воздействиям социального окружения.

Для создания репрезентаций второго порядка критически важным является наличие у ребенка опыта, в котором он воспринимает фигуру привязанности, как того, кто, в свою очередь, воспринимает ребенка как обладающего психикой, которая функционирует в соответствии с закономерностями внутреннего психического мира. Как правило, ребенок приобретает такой опыт в контексте аффективной коммуникации с матерью. В процессе интернализации проявлений эмпатии матери при создании вторичных репрезентаций означаемых аффективных состоя-

* Репрезентации первого порядка или первичные репрезентации представляют собой телесный аспект «агентивного» *я* ребенка и формируются на стадии развития способности к ментализации, которую Э. Бэйтман и П. Фонаги обозначили как «телеологическая установка» (teleological stance).

ний младенца, выражение лица матери, отражающее ее эмпатическое понимание, выступает как означающее.

Для того чтобы процессы интернализации и последующего создания вторичных репрезентации аффективных состояний протекали успешно, необходимо соблюдение следующих условий. Мать должна не только достаточно точно отражать аффект, который овладел младенцем, но и каким-то образом дать понять ребенку, что то, что младенец наблюдает, рассматривая ее лицо, является отражением его собственных чувств. Если второе условие не выполняется, то младенец может приписать свои чувства матери. Такая ошибка может иметь особенное значение в тех случаях, когда речь идет о таких чувствах, как гнев или страх. В самом деле, если ребенок полагает, что родитель испытывает те чувства, которые принадлежат ему, ребенку, то вместо того, чтобы снизить интенсивность аффекта, такое отражение приведет к усилению негативных эмоций.

Проблема распознавания ребенком чувств, отраженных родителем, как своих, решается при помощи маневра, который П. Фонаги и Э. Бэйтман назвали «маркированием» («markedness»). Маркирование, по сути, представляет собой игровой элемент, который взрослый приносит в свое отражение чувств ребенка. Игровой компонент отражения — это центральный элемент, который помогает интегрировать доментализационные модусы функционирования.

Неудача некоторых матерей в маркировании негативных эмоций своих детей, связана с тем, что их отражение слишком реалистично, они точно отражают аффект ребенка, ничего к этому не добавляя. Тогда ребенок воспринимает такое отражение как эмоцию, принадлежащую не ему, но матери, поэтому у ребенка не происходит формирования вторичной репрезентации его внутреннего состояния. Это ведет к эскалации негативного аффекта ребенка и, в конечном счете, к его травматизации. Результатом такой динамики является фиксация модуса психического тождества и проективной идентификации как основного механизма защиты и способа коммуникации.

С другой стороны, если родитель допускает неточность в отражении аффекта, вносит сильные искажения при отражении, то это приводит к установлению нарциссической структуры, подобной «ложному я» Винникотта. То есть, репрезентации внутреннего состояния не соответствуют ничему реальному. В этом случае репрезентации второго порядка создаются, но они либо никак не связаны, либо связаны неподходящей связью с изначальными (формирующими) состояниями я. Это создает условия фиксации имитационного модуса.

У родителей, которые, отражая аффект ребенка, допускают игровой компонент, ребенок получает важный опыт: родитель транслирует ува-

жение и признание значимости его мыслей, чувств, желаний, убеждений. В то же время, благодаря маркированию, у ребенка появляется возможность переживать собственные ментальные состояния как принадлежащие иной сфере, нежели область внешних физических феноменов. Таким образом, процессы модификации модусов психического тождества и имитации помещаются в переходное игровое пространство.

Отсутствие игрового элемента представляет собой депривацию, которая приводит к весьма серьезным и негативным последствиям в психическом развитии ребенка. При нарушении отзеркаливания родителем внутри *я* ребенка появляются элементы — мысли и чувства — которые воспринимаются с известной мерой отчуждения. Если ребенок, ищущий себя в материнской психике, находит только саму мать, то в его *я* образуются элементы, которые переживаются как чуждые его *я*. Образ матери «колонирует» внутреннее пространство. «Чуждые» элементы *я* нарушают чувство связности *я* или идентичности. Одним из способов, к которому пациенты с ПРЛ, страдающие от нарушения ментализации, прибегают для восстановления поврежденной идентичности, является постоянная и интенсивная проекция «чуждых» элементов *я*. В данном случае проекция мотивирована не виной и не конфликтом, но потребностью восстановления постоянства переживания себя (самовосприятия).

Однако особенности поведения родителя и собственный паттерн Д-привязанности могут сорвать этот «план спасения» *я*, наводненного «чуждыми» элементами. Если отношения привязанности не позволяют осуществить экстернализацию «чуждых» элементов *я*, то ребенок может ощущать, что он, почти что буквально, находится под угрозой исчезновения, психологического слияния, и стирания всех границ в отношении *я*. Это имеет определенные последствия для будущих отношений. Так, для пациентов с ПРЛ характерно противоречие в их установке к отношениям с другими людьми. С одной стороны, отношения необходимы для стабилизации структуры *я*, однако в отношениях они становятся крайне уязвимыми, так как в отсутствии другого, когда отношения прерываются, прекращаются или другой проявляет самостоятельность, оживают «чуждые» элементы в структуре *я*, преследуя *я* изнутри и погружая внутреннюю жизнь в хаос, дестабилизируя его структуру.

Крайним способом, к которому прибегают индивиды с ПРЛ для избавления от «чуждых» элементов *я*, является самоубийство. Попытки самоубийства пациентов с ПРЛ, как правило, связаны с активацией модуса имитации, когда сфера субъективного переживания и восприятие внешней реальности оказываются полностью разделенными, а также с диссоциативными состояниями. При таких внутренних условиях у них формируется ложное убеждение, что они (или их истинное *я* без чуждых

элементов) выживут в самоубийственном акте, а «чуждые» элементы будут уничтожены навсегда. Это убеждение в чем-то похоже на так называемое «псевдобредовое» убеждение альтер-личностей при расстройстве диссоциированной идентичности (множественной личности) в том, что они могут существовать независимо от физического тела, с которым они связаны [Патнем, 2004]. Показатель риска суицида при ПРЛ, по оценкам разных авторов, варьирует в диапазоне 5—10%. По сути, некоторые индивиды с ПРЛ воспринимают суицид как «надежную пристань», акт воссоединения с состоянием, в котором они смогут прекратить муку экзистенциального ужаса.

Э. Бэйтман и П. Фонаги указывали на Д-привязанность как наиболее важный значимый фактор, влияющий на нарушение формирования способности к ментализации. Согласно модели пограничной психопатологии П. Фонаги и Э. Бэйтмана, Д-привязанность приводит к ослаблению системы контроля внимания, ослабление произвольного внимания ведет к нарушениям при формировании вторичных репрезентаций и, таким образом, подрывает развитие ментализации, а также адаптивное функционирование в позднем периоде. Известно, что более поздняя психическая травма еще более ослабляет механизмы управления вниманием и связана с хроническими нарушениями контроля торможения [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013; Van der Kolk, 1996]. Таким образом, формируется порочный круг взаимодействия Д-привязанности, нарушения ментализации и психической травмы, который способствует усилению симптомов ПРЛ.

Травма может привести к полному коллапсу ментализации у тех индивидов, у которых способности к ментализации были слабы до травмы. Этот коллапс состоит в частичной утрате способности осознавать отношения между внутренней и внешней реальностью. Одним из проявлений посттравматического нарушения ментализации, в котором происходит откат к модусу психического тождества, является страх собственных мыслей, психического вообще, отказ от мышления. По П. Фонаги, активации состояний флэш-бек, симптомов травматических расстройств, в которых происходит диссоциативное проживание вновь прошлого опыта, соотносится с модусом отождествления. Феномены диссоциации понимаются этими авторами как проявления тех способов функционирования психического, которые предшествуют ментализации.

**Вместо заключения. Разные виды диссоциации:
значение для терапии ПРЛ.**

В силу ограничений по объему публикации, мы вынуждены были оставить за рамками данной статьи обзор важных работ таких выдающихся

ся клиницистов, психотерапевтов и аналитиков, исследователей, как О. Кернберг, Дж. Кларкин, Г. Адлер и Д. Бьюи, Дж. Мастерсон, и др., в которых также затронуты вопросы диссоциативной патологии при ПРЛ. Здесь мы остановились на двух подходах к пониманию природы диссоциативных явлений в контексте психопатологии ПРЛ: на теории Пьера Жане и поздней разработке «жанетианского» подхода — теории структурной диссоциации; а также на теориях привязанности и ментализации, которые развиваются в рамках психоаналитического движения. В психоаналитических теориях диссоциации подчеркивается внутренняя активность как причина диссоциативных защит, тогда как в работах самого Жане, а также в концепции соматоформной диссоциации, принимается идея «пассивной» диссоциации [Howell, 2005].

Теория структурной диссоциации служит основанием для разработанного О. Ван дер Хартом и его коллегами фазовоориентированного подхода к лечению травматических расстройств, в том числе ПРЛ, в основе которых лежит диссоциация. При работе с пациентами, страдающими от диссоциации, связанной с психотравмирующим переживанием, основной задачей терапии является проработка и интеграция травматических воспоминаний. Решение этой задачи требует подготовки — овладения пациентом навыками регуляции возбуждения на первой фазе лечения. Проработка и интеграция травматических воспоминаний осуществляется при помощи методов экспозиционной терапии*.

Теория привязанности особенно популярна среди сторонников так называемого психоанализа отношений (relational psychoanalysis). Хотя вербальному содержанию свободных ассоциаций в психоанализе отношений придается большое значение, однако свободные ассоциации не занимают в нем центральную доминирующую позицию, как в технике классического «фрейдовского» анализа. В современном подходе к терапии, основанном на теории анализа отношений, много внимания также уделяют процессу коммуникации между пациентом и терапевтом. Именно поэтому в психоанализе отношений основное внимание уделяют также отыгрыванию (acting out) и разыгрыванию (enactment) в тера-

* Экспозиционная терапия — вид терапии, разрабатываемый в рамках когнитивно-бихевиорального подхода и направленный на работу с симптомами ПТСР, панического расстройства, фобий и других тревожных и травматических расстройств (по классификатору DSM). К сожалению, в переводной русскоязычной литературе можно встретить не вполне аутентичный вариант перевода словосочетания *exposure therapy* — «вскрывающая терапия». Суть экспозиционных интервенций (в воображении, in vivo, флудинг) сводится к конфронтации пациента со стимулами, вызывающими тревожные реакции, а в случае травматических расстройств — релевантными травматическому опыту.

пии, которые неизбежны в работе с пациентами, страдающими от психической травмы и с дефицитами в структуре я, связанными с нарушениями в ранних отношениях, а также проективной идентификации. При этом проективная идентификация понимается как способ коммуникации пациентом терапевту своего отщепленного (диссоциированного) материала, и, соответственно, как, довольно часто, единственно доступный для терапевта канал, по которому к терапевту может прийти понимание того, что хочет сообщить ему пациент.

При лечении ПРЛ, основанном на ментализации, используют следующие стратегии: (1) усиление способности к ментализации; (2) формирование связей между аффектами и их репрезентациями; (3) работа, преимущественно, с актуальными психическими состояниями; (3) учет дефицитов пациента. Э. Бейтмен и П. Фонаги указывают на потенциальную опасность использования при лечении ПРЛ как «реальных» отношений вместо терапевтических, так и фокусировки на травматических воспоминаниях.

Как мы видим, обсуждение центральных вопросов психопатологии и терапии ПРЛ затрагивает разные подходы, которые в некоторых пунктах приходят к противоречию. Это связано отчасти со сложностью пограничной патологии и множественностью факторов, вовлеченных в этиологию этого расстройства. А также с несовершенством критериального подхода, который в настоящее время принят в описательной психиатрии в отношении расстройств личности, в результате чего под «шапкой» одного диагноза оказываются собраны случаи с самой разной динамикой и требующие применения разных терапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков В.А. Диссоциация как механизм психической защиты в контексте последствий психической травмы.: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 — защищена 25.12.02: утв. 21.03.03. — М., 2002. — 201 с.
- Агарков В.А. Эмпирические исследования диссоциации. // Брушлинский А.В., Журавлев А.Л. (ред.) Современная психология: состояние и перспективы исследований. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИП РАН, 28—29 января 2002 г. Том 1. / М.: Изд-во ИП РАН. 2002. С. 242—244
- Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11—16
- Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Память после психотравмирующего переживания. // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 3. С. 7—15
- Брушлинский А.В. Проблемы психологии субъекта. / М.: Институт психологии РАН, 1994. 109 с.

- Ван дер Харт О., Нейенхюс Э.Р.С., Стил К.* Призраки прошлого. Структурная теория диссоциации и терапия последствий хронической психической травмы. / пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2013. 496 с.
- Жане П.* Психический автоматизм. / пер. с франц. СПб.: Наука, 2009. 500 с.
- Калишед Д.* Внутренний мир травмы / пер. с англ. М.: Академический Проект. 2001. 368 с.
- Каплан Х.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия / пер. с англ. доп. гл. ред. проф. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 1998. 506 с.
- Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 480 с.
- Международный классификатор болезней (10-й пересмотр) / СПб.: «Оверлейд», 1994. 304 с.
- Патнем Ф.В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности / пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2004. 440 с.
- Прохоров А.О.* Психология неравновесных состояний. / М.: «Институт Психологии РАН», 1998. 182 с.
- Рубинштейн С.П.* Бытие и сознание. / СПб.: Питер, 2012. 288 с.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. / М.: SvR-Аргус, 1995. 359 с.
- Тхостов А.Ш.* Топология субъекта (опыт феноменологического исследования). // Вестник Московского Университета. Сер. 14., Психология, 1994. № 2. С. 3—13; № 3. С. 3—12
- Элленбергер Г.Ф.* Открытие бессознательного. История и эволюция динамической психиатрии. Часть I. / пер. с англ. СПб.: Академический проект, 2001. 560 с.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.). / Washington, D.C. 2013
- Bateman, Antony W., Fonagy, Peter.* 2003. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment. Oxford, New York: Oxford University Press
- Bernstein, Eve M., Putnam, Frank W.* Development, reliability, and validity of dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease. 1986. 174(12): 727—735.
- Bernstein-Carlson, Eve M., Putnam, Frank W.* An update on the dissociative experiences scale. Dissociation. 1993. 4(1): 16—27
- Blizard, Ruth A.* Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. Journal of Trauma and Dissociation, 2003. 4(3): 27—50
- Bowlby, John.* 1980. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books
- Braun, Bennett G.* The BASK model of dissociation. Dissociation. 1988. 1(1): 4—23
- Hesse, Erik, Main, Mary.* Second generation effects of unresolved trauma in non-mal-treating parents: Dissociated, frightened and threatening parental behavior. Psychoanalytic Inquiry. 1999. 19(4): 481—540
- Hilgard, Ernest R.* Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. Perspectives in Biology and Medicine. 1973. 17: 301—316

- Howell, Elizabeth F. 2005. *Dissociative Mind*. New York, London: Routledge
- Judd, Patricia Hoffman, McGlashan, Theodore. 2003. *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington, Washigton D.C., London, England: American Psychiatric Publishing
- Ludwig, Arnold M. Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*. 1966. 15: 225—234
- Ludwig, Arnold M. The psychological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1983. 26: 93—99
- Lyons-Ruth, Karlen. The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*. 2002. 2(1): 107—119
- Main, Mary, Solomon Judith. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton T.B., M. Yogman (Eds.). *Affective Development in Infancy*. Norwood, New Jersey: Ablex. 1996: 95—124
- Millon, Theodore, Grossman, Seth, Millon, Carrie., Meagher, Sarah, Ramnath, Ramnath. 2004. *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey, Hoboken, John Wiley & Sons
- Nijenhuis, Ellert R.S., Spinhoven, Philip, Van Dyck, Richard., Van der Hart, Onno, Vanderlinden, Johan. The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997. 96: 311—318
- Nijenhuis, Ellert R.S., Vanderlinden, Johan, Spinhoven, Philip. Animal defense reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*. 1998. 11(2): 243—260
- Ross, Collin A. History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In Michelson L.K., Ray W.J. (Eds.) *Handbook on dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York and London: Plenum Press. 1996: 3—24
- Sandler, Joseph., Dreher, Anna Ursula, Drews, Sibylle. An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration on psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis*. 1991. 18: 133—141
- Stern, Daniel N., Sander Louis W., Nahum, Jeremy P., Harrison Alexandra M., Lyons-Ruth, Karlen, Morgan, Alec C., Bruschiweilerstern, Nadia, Tronick, Edward Z. Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1998. 79: 903—921
- Van der Kolk, Bessel A. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In Van der Kolk B.A., McFalane A.C. & Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic stress: The effect of owerwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, N.Y., London. 1996: 182—207
- Waller, Niels G., Putnam, Frank W. Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*. 1996. 1(3): 300—323
- Yates, Jean L., Nashby, William. Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal. // *Journal of Traumatic Stress*. V. 6, No 3, 1993

- Yun, Rebecca J., Stern, Barry.L., Lenzenweger, Mark F., Tiersky, Lana A.* Refining personality disorder subtypes and classification using finite mixture modeling. *Personal Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013. 4(2): 121—128
- Zanarini, Mary C., Ruser, Tilla F., Frankenburg, Frances .R., Hennen John.* The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2000. 41(3): 223—227

DISSOCIATION AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

V.A. AGARKOV

This article is devoted to dissociation as one of the important aspects of borderline pathology. Here we consider main symptoms of the borderline personality disorder (BPD), including diagnostic criteria for BPD in DSM-V. A brief overview of the development of the concept of dissociation starting with the work of Pierre Janet is suggested. This article presents two approaches to understanding of borderline pathology including dissociative symptoms. The first approach is rooted in the works of Pierre Janet, Morton Prince, and Charles Myers. Modern representatives of this trend are Van der Hart, Nijenhuis, Steele, who have developed the theory of structural dissociation (TSD). According to the TSD BPD belongs to a class of traumatic disorders, i.e. disorders resulting from traumatic experiences. According to this theory dissociation is activated as a defense mechanism during psychic traumatization and is considered as the main mechanism in the pathogenesis of the BPD. We consider here another approach which was initiated in the works of Bowlby, and continued in studies of Main, Solomon, Lyons-Ruth, Howell, Bateman and Fonagy. According to the views of these researchers and clinicians psychic trauma does not play a decisive role in the etiology of BPD. A central factor in the complex mechanisms of BPD is disorganized/disoriented attachment and fixation on pre-mentalization modes of psychic functioning. Mechanism of dissociative symptoms is described by the representatives of this trend in terms of segregated internal working models, as well as failure of mentalization.

Keywords: borderline personality disorder, dissociation, psychic trauma, failure of attachment relationships, mentalization

Agarkov V.A. Dissociatsija kak mehanizm psichicheskoj zaschity v kontexte posledstvii psichicheskoj travmy.: dis. ... cand. Psychol. Nauk: 19.00.04 — zaschischna 25.12.2002: utv. 21.03.03. — M., 2002. — 201 s.

Agarkov V.A. Empiricheskie issledovanija dissociacii // Brushlinsky A.V., Dzuravliov A.L. (red.) *Sovremennaja psichologija: sostojanie i perspektivy issledovanii. Tezisy dokladov na jubileinoi nauchnoi konferencii IP RAN, 28—29 janvarja 2002 g. Tom 1.* / M.: Izd-vo IP RAN. 2002. s. 242—244

- Agarkov V.A. Bazovye principy psichoterapii posledstviu psichicheskoi travmy. Narusheniya reguljatzii vzbujdenija. // Voprosy psichologii ekstremalnih situacii. 2010. № 1. S. 11—16
- Agarkov V.A. Bazovye principy psichoterapii posledstviu psichicheskoi travmy. Pamjat posle psichotravmirujushego perejivaniya. // Voprosy psichologii ekstremalnih situacii. 2010. № 3. S. 7—15
- Brushlinsky A.V. Problemy psichologii sucta Проблемы психологии субъекта. // М.: IP RAN, 1994. S. 109
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steel K. Prizraki proshlogo. Strukturnaja teorija dissociatsii i terapija posledstviu hronicheskoi psichicheskoi travmy. / per. s angl. М.: "Cogito-Centre", 2013. 496 s.
- Jane P. Psichicheski avtomatizm. / per. s frats. SPb.: Nauka, 2009. 500 s.
- Kalshed D. Vnutrennii mir travmy / per. s angl. М.: Academicheskii Proekt. 2001. 368 s.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. Klinicheskaja psichiatrija / per. s angl. dop. gl. red. prof. T.B. Dmitrievoi М.: GOETAR MEDICINA, 1998. 506 s.
- McWilliams N. Psychoanalyticheskaja diagnostica. / per. s angl. М.: Nezavisimaja firma "Klass", 1998. 480 s.
- Mezhdunarodnyj klassifikator boleznej (10-j peresmotr) / SPb.: "Overlajd". 1994, 304 s.
- Putnam F.W. Diagnostica i lechenie rasstroistva mnojestvennoi lichnosti / per. s angl. М.: "Cogito-Centre", 2004. 440 s.
- Prokhorov A.O. Psichologija neravnovesnyh sostojanii / М.: Izd-vo "Institut psichologii RAN" 1998. 182 s.
- Rubinstein S.P. Bytie i soznanie. / SPb.: Piter, 2012. 288 s.
- Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstroistvah I somaticheskikh zabolovanijah. / М.: SvR-Argus, 1995. 359 s.
- Thostov A.Sh. Topologija subjecta (opyt fenomenologicheskogo issledovaniya). // Vestnik Moskovskogo Universiteta. Ser. 14., Psichologija, 1994. № 2. S. 3—13; № 3. S. 3—12
- Ellenberger G.F.. Otkrytie bessoznatelynogo. Istoriya i evolyucija dinamicheskoi psichiatrii. Часть I. / per. s angl. SPb.: Academicheskii Proekt. 2001. 560 s.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.). / Washington, D.C. 2013
- Bateman, Antony W., Fonagy, Peter. 2003. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment. Oxford, New York: Oxford University Press
- Bernstein, Eve M., Putnam, Frank W. Development, reliability, and validity of dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease. 1986. 174(12): 727—735.
- Bernstein-Carlson, Eve M., Putnam, Frank W. An update on the dissociative experiences scale. Dissociation. 1993. 4(1): 16—27
- Blizard, Ruth A. Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. Journal of Trauma and Dissociation, 2003. 4(3): 27—50
- Bowlby, John. 1980. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books

- Braun, Bennett G.* The BASK model of dissociation. *Dissociation*. 1988. 1(1): 4—23
- Hesse, Erik, Main, Mary.* Second generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: Dissociated, frightened and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*. 1999. 19(4): 481—540
- Hilgard, Ernest R.* Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1973. 17:301—316
- Howell, Elizabeth F.* 2005. *Dissociative Mind*. New York, London: Routledge
- Judd, Patricia Hoffman, McGlashan, Theodore.* 2003. *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington, Washigton D.C., London, England: American Psychiatric Publishing
- Ludwig, Arnold M.* Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*. 1966. 15: 225—234
- Ludwig, Arnold M.* The psychological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1983. 26: 93—99
- Lyons-Ruth, Karlen.* The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*. 2002. 2(1): 107—119
- Main, Mary, Solomon Judith.* Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton T.B., M. Yogman (Eds.). *Affective Development in Infancy*. Norwood, New Jersey: Ablex. 1996: 95—124
- Millon, Theodore, Grossman, Seth, Millon, Carrie., Meagher, Sarah, Ramnath, Ramnath.* 2004. *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey, Hoboken, John Wiley & Sons
- Nijenhuis, Ellert R.S., Spinhoven, Philip, Van Dyck, Richard., Van der Hart, Onno, Vanderlinden, Johan.* The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997. 96: 311—318
- Nijenhuis, Ellert R.S., Vanderlinden, Johan, Spinhoven, Philip.* Animal defense reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*. 1998. 11(2): 243—260
- Ross, Collin A.* History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In Michelson L.K., Ray W.J. (Eds.) *Handbook on dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York and London: Plenum Press. 1996: 3—24
- Sandler, Joseph., Dreher, Anna Ursula, Drews, Sibylle.* An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration on psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis*. 1991. 18: 133—141
- Stern, Daniel N., Sander Louis W., Nahum, Jeremy P., Harrison Alexandra M., Lyons-Ruth, Karlen, Morgan, Alec C., Bruschiweilern, Nadia, Tronick, Edward Z.* Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1998. 79: 903—921
- Van der Kolk, Bessel A.* The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In Van der Kolk B.A., McFalane A.C. & Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, N.Y., London. 1996: 182—207

- Waller, Niels G., Putnam, Frank W.* Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*. 1996. 1(3): 300—323
- Yates, Jean L., Nashby, William.* Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal. // *Journal of Traumatic Stress*. V. 6, No 3, 1993
- Yun, Rebecca J., Stern, Barry.L., Lenzenweger, Mark F., Tiersky, Lana A.* Refining personality disorder subtypes and classification using finite mixture modeling. *Personal Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013. 4(2): 121—128
- Zanarini, Mary C., Ruser, Tilla F., Frankenburg, Frances .R., Hennen John.* The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2000. 41(3): 223—227

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ ЛИЧНОСТНОМ РАССТРОЙСТВЕ

Т.Ю. ЛАСОВСКАЯ

В статье проводится обобщение результатов более тридцати исследований последних лет, посвященных самоповреждающему поведению у лиц с пограничным личностным расстройством. Особое внимание обращается на многообразие форм самоповреждающего поведения и проводится анализ мотивов нанесения самоповреждений.

Ключевые слова: личностное расстройство, пограничное личностное расстройство, самоповреждающее поведение

В общей популяции распространенность самоповреждающего поведения невелика. Так, по данным Klonsky (2003) при обследовании 2000 юношей призывного возраста он установил наличие самоповреждающего поведения только в 4% случаев [Klonsky, 2003].

Однако среди лиц с пограничным личностным расстройством (ПРЛ) распространенность самоповреждающего поведения достигает 75% случаев [Lipovetzky, 2013].

Исследование жизненного цикла лиц с ПРЛ показало, что максимальное число самоповреждений приходится на возраст от 18 до 24 лет и сохраняется на высоком уровне до 50 лет, после чего в течение последующих девяти лет происходит снижение частоты самоповреждений [Sansone RA. et al., 2002].

Вопрос о том, в каком возрасте начинаются самоповреждения при ПРЛ, изучался Zanarini M.C. и соавторами. Показано, что 32,8% самоповреждений начинаются в детстве, в возрасте 12 лет и раньше. В подростковом возрасте самоповреждающее поведение начинается в 30,2% случаев; в возрасте 18 и более лет самоповреждения начинаются в 37% случаев. Самоповреждающее поведение начинающееся в детстве, отличается от такового, начинающегося в более позднем возрасте. Начало самоповреждений в детстве характеризуется более частыми эпизодами, жестокими способами нанесения самоповреждений и широким «репертуаром» методов [Zanarini et al., 2006].

Из всех лиц с личностными расстройствами лица с ПРЛ требуют к себе наиболее пристального внимания, так как в условиях стеснения и самоограничения (стационары закрытого типа, места лишения свободы) у них резко повышается риск самоповреждающего и суицидального поведения. Boggild и соавт. (2004) выделили несколько социальных и клинических предикатов, связанных с высоким риском самоповреждения в условиях закрытого содержания: инфекционные заболевания, проблемы с проживанием, суицидальное поведение в анамнезе, проблемы с первичной поддержкой [Boggild, Heisel, Links, 2004].

В условиях психиатрического стационара наиболее опасным временем нанесения самоповреждений являются сумерки и начало ночи. Пик самоповреждений приходится на 8-9 часов вечера. В 66% случаев самоповреждения наносятся в спальном комнате. Во всех случаях провокационными событиями являются взаимоотношения с окружающими [Nijman, a'Campo, 2002].

Наиболее частыми формами самоповреждений являются порезы, они встречаются в 80% случаев. Реже встречаются синяки от ударов предметами — 24%; ожоги — 20%; удары головой — 15%; укусы — 7%. На следы такого рода самоповреждений рекомендуется обращать внимание специалистам первичной медицинской сети [Shearer, 1994].

В последние несколько лет появляются публикации о необычных способах самоповреждений. Metzler W. et al. (2005) описали 35-летнего мужчину ПЛР, который в течении 15 месяцев семь раз поступал в первичную медицинскую сеть с симптомами никотиновой интоксикации. Симптомы развивались в результате заглатывания сигарет в количестве от семи до двадцати штук, что в конце концов закончилось смертью пациента [Metzler et al., 2005].

Saint-Martin P. и соавторы (2007) сделали описание 30-летнего мужчины, доставленного в психиатрическую клинику по поводу частичного самоудушения. Через несколько месяцев госпитализации, пациент был найден мертвым в туалетной комнате. Смерть наступила в результате помещения в дыхательное горло туалетной бумаги [Saint-Martin et al., 2007].

Пациенты с ПЛР могут практиковать такую форму самоповреждающего поведения, как помещение посторонних предметов под кожу. Hermes et al. (2005) описали 24-летнюю женщину, доставленную в хирургическое отделение по поводу воспаления в области рта. После проведения антибактериальной терапии было проведено рентгеновское исследование, которое выявило множественные металлические инородные предметы в области головы, шеи и рук. В общей сложности, в ре-

зультате хирургического вмешательства было извлечено 76 инородных тел [Hermes et al., 2005].

Необычный способ самоповреждения у пациентки с ПРЛ описан Schulz В.М., и Strauch R.J. Женщина ввела небольшое количество воздуха в межфасциальное пространство руки. Открытой раны не обнаруживалось, крепитация доходила от локтя до предплечья; компьютерная томография выявила диффузную подкожную эмфизему левой подмышечной области и воздух в межфасциальных пространствах мышц. Состояние было признано результатом самоповреждения [Schulz и Strauch, 2008].

Rudd N.A. и Lennon S.J. (2000) обращают внимание на то, что лица, склонные к избыточному приему солнечных ванн (*excessive tanning*) в соляриях, имеют ПРЛ. Постоянное интенсивное загорание приводит к ожогам и часто сочетается у женщин с избыточной массой тела [Rudd и Lennon, 2000].

Jacobi A. и соавт. (2011) приводят описание трех клинических случаев, когда лица с ПРЛ применяли для нанесения самоповреждений дезодорант-спрей, который распылялся на кожу разгибательных поверхностей рук в течение не менее 100 секунд с короткой дистанции. При таком применении дезодорант-спрея возникал буллезный артефактный дерматит с диаметром булл от трех до 15 сантиметров, сопровождаемый интенсивными болевыми ощущениями [Jacobi et al., 2011].

Самоповреждающее поведение в форме ожогов при ПРЛ встречается нечасто. Однако, нанесение ожогов может носить необычный характер (оттенок), поражающий воображение. Gonzales W.L. et al. (2007) описали 40-летнего пациента с ПРЛ, имеющего множественные следы от ожогов, разной степени давности. Эти ожоги имели форму прописных букв и небольших кружков, которые располагались в одну линию на лице, конечностях и гениталиях [Gonzales et al. 2007].

Gregurek-Novak T. и соавт. (2005) считают, что постановка диагноза артефактного дерматита может быть связана с самоповреждающим поведением при ПРЛ. Диагноз артефактного дерматита устанавливается в том случае, если клиническая картина и локализация повреждений кожи не соответствует клинической картине известных дерматозов. В качестве иллюстрации авторы приводят клинический случай 72-летней женщины с симметричными повреждениями кожи на грудной клетке. Характер повреждений был сочетанным: частично гемморагическим, частично рубцовым. В результате анализа семейного анамнеза у пациентки был установлен диагноз ПРЛ, а артефактный дерматит признан результатом самоповреждений [Gregurek-Novak, 2005].

Harth W. и соавт. (2004) предлагают обращать внимание на все артефактные заболевания кожи и рассматривать их как потенциальный ре-

зультат самоповреждений. В качестве примера приводится клинический случай с 38-летней женщиной с массивным гипергидрозом конечностей и лица, страдающей ПРЛ [Harth et al., 2004]. В обзоре Gattu S. и соавт. (2009) также указывается на сильную связь между артефактным дерматитом и диагнозом ПРЛ [Gattu et al., 2009].

Glenn C.R. и Clonsky E.D. (2010) отмечают, что при нанесении самоповреждений в виде порезов для лиц с ПРЛ крайне важно наблюдать за истекающей кровью (в течении примерно 5 минут или менее). При этом лица с ПРЛ отмечают «освобождение от напряжения», «наступление состояния умиротворения» [Glenn, Clonsky, 2010].

Позже, в эксперименте Reitz S. и соавт. (2012) подтверждено, что при нанесении разреза на предплечье, у лиц с ПРЛ возникает кратковременное напряжение, с последующим, быстро наступающим расслаблением, сопровождающееся снижением артериального давления и частоты сердечных сокращений. У лиц без ПРЛ этого не наблюдается [Reitz et al., 2012].

Практика наблюдения за истекающей кровью может приводить к трагическим последствиям. Так, Hirayama (2003) описал единственный до настоящего времени известный случай смерти от анемии. 25-летняя женщина при поступлении в клинику созналась в том, что периодически проводит себе кровопускания. Методика проведения кровопускания описывалась следующим образом: пациентка вставляла иглу без шприца в кубитальную вену и наблюдала за тем, как рука окрашивалась кровью (опасность данного способа в том, что он может привести к критическому нерегулируемому падению артериального давления). Смерть наступила от анемии через 18 месяцев после первого поступления пациентки в стационар, даже при том, что был проведен осмотр психиатра, выставлен диагноз ПРЛ и назначена фармакотерапия [Hirayama et al., 2003].

Ошибочно распространенное мнение о том, что целью самоповреждающего поведения у лиц с ПРЛ всегда является шантаж или настоящее стремление покончить с собой. В действительности, в основе самоповреждающего поведения могут лежать различные мотивации. Так, например, Shearer (1994) выделяет шесть основных функций самоповреждающего поведения (в процентах указана частота встречаемости каждой функции у пациентов):

- 1) чтобы путем вызывания физической боли избавиться от психической боли (59%);
- 2) чтобы наказать себя за отрицательные («плохие») качества (49%);
- 3) чтобы контролировать чувства (39%);
- 4) чтобы выразить гнев (22%);
- 5) чтобы контролировать напряжение (22%);

б) чтобы чувствовать — преодолеть эмоциональную тупость (20%) [Shearer, 1994].

Korner A. и соавт. (2007) показали, что мотивом нанесения самоповреждений у лиц с ПРЛ является желание избежать «больших, худших неприятностей», т.е. суицидальных действий [Korner et al., 2007].

Иногда самоповреждающее поведение связано с облегчением эмоциональной боли или невозможностью справиться с какими-то сильными эмоциями [Soloff et al., 1994; Kleindients N et al., 2008; Welch SS., et al., 2008]. Lipovetzky G. (2013) отмечает, что лица с ПРЛ хорошо отдают себе отчет в том, что нанесение самоповреждений облегчает их эмоциональное состояние и используют это для уменьшения внутреннего напряжения [Lipovetzky, 2013].

Jennifer Egan (1998) полагает, что порезы представляют собой экстремальное выражение тех же импульсов, которые ведут к татуировке и пирсингу, столь популярных среди современных подростков [Egan, 1998]. И действительно, процесс татуажа всегда сопровождается болевыми ощущениями. Лица с ПРЛ отмечают, что после сеансов татуажа у них поднимается настроение, и становится важным не столько сам рисунок на теле (конечным результатом они остаются не удовлетворены), а сам процесс его нанесения [Лябях, 2013].

Ludascher P. и соавт. (2007, 2009) считают, что самоповреждающее поведение лиц с ПРЛ может быть связано с наличием у них высокого болевого порога. Авторами сравнивался уровень болевого порога у здоровых и лиц с ПРЛ. Показано, что лица с ПРЛ имеют достоверно более высокий болевой порог, причем самый высокий болевой порог выявлен у лиц с ПРЛ, наносящих самоповреждения. Также авторами установлена отрицательная корреляция тяжести течения ПРЛ и высокого болевого порога. [Ludascher et al., 2007, 2009]. В другом исследовании показано, что у лиц с ПРЛ может меняться восприятие боли в ходе нанесения самоповреждений: с нанесением новых и новых самоповреждений сглаживаются неприятные аспекты боли и болевые ощущения значительно притупляются [Magerl et al., 2012].

В связи с распространенностью самоповреждающего поведения при ПРЛ, особую значимость приобретает профилактика самоповреждений. Краткосрочные психотерапевтические программы, направленные на предотвращение самоповреждений, дают хороший эффект, который сохраняется более 6 месяцев [Weinberg et al., 2006].

Наyakawa M. (2009) разработана оригинальная методика психотерапевтической работы для лиц с ПРЛ, постоянно наносящих себе порезы. Метод заключается в том, что в течении длительного времени (от одного года до четырех лет) лица с ПРЛ могут иметь возможность регулярно

встречаться с психиатрами для проведения краткосрочного ассертивного тренинга (кратность встреч — 1 раз в две недели, продолжительность сессии — 15 минут). Уменьшение самоповреждающего поведения в форме резания вен наблюдается в 69% случаев [Hayakawa, 2009].

Perseius и соавт. (2007) изучали психический статус медицинских сестер, проводящих диалектическую поведенческую терапию с лицами с ПРЛ, находящимися в стационаре по поводу самоповреждающего поведения. Показано, что сестры испытывают значительный стресс при работе с такого рода пациентами [Perseius et al., 2007].

ЛИТЕРАТУРА

- Лябах Н.Г. Взаимосвязь склонности к нанесению татуировок и проявлений черт пограничного личностного расстройства. Материалы IV Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авицена-2013»: в 2 т. — Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2013. — Т. 2. — С. 114—115
- Boggild A.K., Heisel M.J., Links P.S. Social, demographic, and clinical factors related to disruptive behavior in hospital // *Can J Psychiatry* 2004 Feb; 49(2): 114—118
- Egan J. Cutting: the thin red line. // *The New York Times Magazine*. July 27, 1998 pp 21—25, 39—44, 48
- Gattu S., Rashid R.M., Khachemoune A. Self-induced skin lesions: a review of dermatitis artefacta // *Cutis*. 2009 Nov; 84(5): 247—251
- Glenn C.R., Clonsky E.D. The role of seeing blood in non-suicidal self-injury // *O Clin Psychol*. 2010 Apr; 66(4): 466—473
- Gonzales W.L., Padosch S.A., Bratzke H., Schmidt P.H. An unusual case of thermal injuries with a hot glue gun. Deliberate self-harm or maltreatment? // *Forensic Sci Int*. 2007 Mar 22; 167(1): 53—55
- Gregurek-Novak T., Novac-Bilic G., Vucic M. Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman / *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2005 Mar; 19(2): 223—225
- Hayakawa M., How repeated 15-minute assertiveness training session reduce wrist cutting in patients with borderline personality disorder // *Am J Psychother*. 2009; 63(1): 41—51
- Hermes D., Schweiger U., Warnecke K.K., Trubger D., Hakim S.G., Sieg P. Incorporation of multiple foreign bodies to borderline personality disorder // *Mund Kiefer Gesichtschir* 2005 Jan; 9(1): 53—58
- Hirayama Y., Sakamaki S., Tsuji Y., Sagawa T., Takayanagi N., Chiba H., Matsunaga T., Kato J., Niitsu Y. Fatality caused by self-bloodletting in patients with factitious anemia // *Int J Hematol* 2003 Aug; 78(2): 146—148
- Jacobi A., Bender A., Hertl M., Konig A. Bullos cryothermic dermatitis artefacta induced by deodorant spray abuse // *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2011 Aug; 25(8): 978—982
- Kleindients N., Bohus M., Ludascher P., Limberger M.F., Kuenkele K., Ebner-Priemer U.W., Chapman A.L., Reicherzer M., Stieglitz R.D., Schmachl C. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder // *J Nerv Ment Dis*. 2008 Mar; 196(3): 230—236

- Klonsky E.D., Oltmanns T., Turkheimer E.* Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population Prevalence and Psychological Correlates // *Am J Psychiatry* 2003 160(5): 1501—150
- Korner A., Gerull F., Stevenson J., Meares R.* Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in «haunted house» / *Compr Psychiatry*.2007 May-Jun; 48(3): 303—308
- Lipovetzky G.* Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report // *Vertex*.2013 Sep-Oct; 24(111): 359—362
- Ludascher P., Bohus M., Lieb K., Philippsen A., Jochims A., Schmahl C.* Elevated pain thresholds correlate with dissociations and aversive arousal in patients with borderline personality disorder // *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15; 149 (1—3): 291—296
- Ludascher P., Greffrath W, Schmahl C., Kleindienst N., Baumgartner U., Magerl W., Treede R.D., Bohus M.* A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder // *Acta Psychiatr Scand*: 2009 Jan; 6
- Magerl W.I., et al.* Persistent antinociception through repeated self-injury in patients with borderline personality disorder // *Pain.* 2012 Mar; 153(3): 575—584
- Metzler W., Wronski R., Bewig B.* The lethal injection of cigarettes in adults: does it really exist? // *Dtsch Med Wochenschr.* 2005 Jun 17; 130(24): 1491—1493
- Nijman H.L., a'Campo J.M.* Situational determination of inpatient self-harm // *Suicide Life Treat Behav* 2002 Summe; 32(2): 167—175
- Perseus K.I., Kaver A., Ekdahi S., Asberg M., Samuelsson M.* Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectic behavioral therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms // *J Psychiatr Ment Health Nurs.*2007 Oct; 14(7): 635—643
- Reitz S., Krause-Utz A., Pogatzki-Zahn EM, Ebner-Premier U., Bohus M., Schmahl C.* Stress regulation and incision in borderline personality disorder — a pilot study modeling cutting behavior // *J Pers.Disord.* 2012 Aug; 26(4): 605—615
- Rudd N.A. u Lennon S.J.* Body image and appearance-management behaviors in college women // *Clothing & Textiles Research J.* 2000; 18: 152—162
- Saint-Martin P., Bouyssi M., O'Byrne P.* An unusual case of suicidal asphyxia by smothering / *J Forensic Leg Med.* 2007 Jan; 14(1): 39—41
- Sansone R.A., Gaither G.A., Songer D.A.* Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatient with borderline personality disorder // *Compr Psychiatry.* 2002 Nay-Jun; 43(3): 215—218
- Shearer S.L.* Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder // *J Nerv Ment Dis* 1994 ; 182(9): 524—526
- Schulz B.M. u Strauch R.J.* A case of factitious subfascial emphysema // *Orthopedics.* 2008 May; 31(5): 495
- Soloff P.H, Lis J.A., Kelly T.* Self-Mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder // *J Pers Disord* 1994; 8(4): 257—267
- Weinberg I., Gunderson J.G., Hennen J., Cutter C.J.* Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients // *J Pers Dis* 2006 Oct 20(5): 482—492

- Welch S.S., Linehan M.M., Sylvers P., Chittams J., Rizvi S.L. Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder // *J Consult Clin Psychol.* 2008 Feb; 76(1): 45—51
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Ridolfi M.E., Jager-Human S., Hennen J., Gunderson J.G. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients // *J Pers Dis.* 2006 Feb; 20(1): 9—15

SELF-INJURIOUS BEHAVIOR IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

T. Yu. LASOVSKAYA

The article presents a synthesis of more than thirty studies in recent years devoted to self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder. Particular attention is drawn to the variety of forms of self-injurious behavior and analyzes the motives of self-harm.

Keywords: personality disorder, borderline personality disorder, self-injurious behavior

- Lyabakh N.G. Vzaimosvyaz' sklonnosti k naneseniyu tatuировок i proyavlenij chert pograničnogo lichnostnogo rasstrojstva. Materialy IV Rossijskoj (itogovoj) nauchno-praktičeskoj konkurs-konferentsii studentov i molodykh uchenykh "Avitsenna-2013": v 2 t. — Novosibirsk: Sibmedizdat NGMU, 2013. — T. 2. — S. 114—115
- Boggild A.K., Heisel M.J., Links P.S. Social, demographic, and clinical factors related to disruptive behavior in hospital // *Can J Psychiatry* 2004 Feb; 49(2): 114—118
- Egan J. Cutting: the thin red line. // *The New York Times Magazine.* July 27, 1998 pp. 21—25, 39—44, 48
- Gattu S., Rashid R.M., Khachemoune A. Self-induced skin lesions: a review of dermatitis artefacta // *Cutis.* 2009 Nov; 84(5): 247—251
- Glenn C.R., Clonsky E.D. The role of seeing blood in non-suicidal self-injury // *O Clin Psychol.* 2010 Apr; 66(4): 466—473
- Gonzales W.L., Padosch S.A., Bratzke H., Schmidt P.H. An unusual case of thermal injuries with a hot glue gun. Deliberate self-harm or maltreatment? // *Forensic Sci Int.* 2007 Mar 22; 167(1): 53—55
- Gregurek-Novak T., Novac-Bilic G., Vucic M. Dermatitis artefacta: unusual appearance in an older woman // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2005 Mar; 19(2): 223—225
- Hayakawa M., How repeated 15-minute assertiveness training session reduce wrist cutting in patients with borderline personality disorder // *Am J Psychother.* 2009; 63(1): 41—51
- Hermes D., Schweiger U., Warnecke K.K., Trubger D., Hakim SG., Sieg P. Incorporation of multiple foreign bodies to borderline personality disorder // *Mund Kiefer Gesichtschir* 2005 Jan; 9(1): 53—58

- Hirayama Y., Sakamaki S., Tsuji Y., Sagawa T., Takayanagi N., Chiba H., Matsunaga T., Kato J., Niitsu Y. Fatality caused by self-bloodletting in patients with facititious anemia // *Int J Hematol* 2003 Aug; 78(2): 146—148
- Jacobi A., Bender A., Hertl M., Konig A. Bullos cryothermic dermatitis artefacta induced by deodorant spray abuse // *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2011 Aug; 25(8): 978—982
- Kleindients N., Bohus M., Ludascher P., Limberger MF., Kuenkele K., Ebner-Priemer U.W., Chapman A.L., Reicherzer M., Stieglitz R.D., Schmachl C. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder // *J Nerv Ment Dis.* 2008 Mar; 196(3): 230—236
- Klonsky E.D., Oltmanns T., Turkheimer E. Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population Prevalence and Psychological Correlates // *Am J Psychiatry* 2003 160(5): 1501—1510
- Korner A., Gerull F., Stevenson J., Meares R. Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in "haunted house" / *Compr Psychiatry.* 2007 May-Jun; 48(3): 303—308
- Lipovetzky G. Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report // *Vertex.* 2013 Sep-Oct; 24(111): 359—362
- Ludascher P., Bohus M., Lieb K., Philipsen A., Jochims A., Schmahl C. Elevated pain thresholds correlate with dissociations and aversive arousal in patients with borderline personality disorder // *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15; 149 (1—3): 291—296
- Ludascher P., Greffrath W., Schmahl C., Kleindienst N., Baumgartner U., Magerl W., Treede R.D., Bohus M. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder // *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Jan; 6
- Magerl W.I., et al. Persistent antinociception through repeated self-injury in patients with borderline personality disorder // *Pain.* 2012 Mar; 153(3): 575—584
- Metzler W., Wronski R., Bewig B. The lethal injection of cigarettes in adults: does it really exist? // *Dtsch Med Wochenschr.* 2005 Jun 17; 130(24): 1491—1493
- Nijman H.L., a'Campo J.M. Situational determination of inpatient self-harm // *Suicide Life Treat Behav* 2002 Summe; 32(2): 167—175
- Perseius K.I., Kaver A., Ekdahi S., Asberg M., Samuelsson M. Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectic behavioral therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms // *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007 Oct; 14(7): 635—643
- Reitz S., Krause-Utz A., Pogatzki-Zahn E.M, Ebner-Priemer U., Bohus M., Schmahl C. Stress regulation and incision in borderline personality disorder — a pilot study modeling cutting behavior // *J Pers.Disord.* 2012 Aug; 26(4): 605—615
- Rudd N.A. u Lennon S.J. Body image and appearance-management behaviors in college women // *Clothing & Textiles Research J.* 2000; 18: 152—162
- Saint-Martin P., Bouyssy M., O'Byrne P. An unusual case of suicidal asphyxia by smothering / *J Forensic Leg Med.* 2007 Jan; 14(1): 39—41
- Sansone R.A., Gaither G.A., Songer D.A. Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatient with borderline personality disorder // *Compr Psychiatry.* 2002 Nay-Jun; 43(3): 215—218

- Shearer S.L.* Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder // *J Nerv Ment Dis* 1994 ; 182(9): 524—526
- Schulz B.M. u Strauch R.J.* A case of factitious subfascial emphysema // *Orthopedics*. 2008 May; 31(5): 495
- Soloff P H , Lis J A., Kelly T.* Self-Mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder // *J Pers Disord* 1994 ; 8(4): 257—267
- Weinberg I., Gunderson J G., Hennen J., Cutter C J.* Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients // *J Pers Dis* 2006 Oct 20(5): 482—492
- Welch S.S., Linehan M.M., Sylvers P., Chittams J., Rizvi S.L.* Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder // *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb; 76(1): 45—51
- Zanarini M C., Frankenburg F R., Ridolfi M E., Jager-Human S., Hennen J., Gunderson J.G.* Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients // *J Pers Dis*.2006 Feb; 20(1): 9—15

ОПРОСНИК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА ФОРМЫ «А»

Т.Ю. ЛАСОВСКАЯ

В статье рассматриваются основные этапы разработки «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» формы «А». Опросник показал следующие психометрические характеристики: Альфа Кронбаха 0,86; ретестовая надежность 0,90; чувствительность 84%; специфичность 97%. Определена внутренняя (конструктная) и внешняя валидность.

Ключевые слова: личностные расстройства, пограничное личностное расстройство, диагностика пограничного личностного расстройства

Личности с пограничным личностным расстройством (ПРЛ) составляют около 23% общей популяции [Swartz et al., 1990; Zimmerman, Koryell 1989]. Среди пациентов психиатров амбулаторного звена их около 15%, а из числа госпитализированных в психиатрические клиники 25% [Koenigsberg et al., 1985; Widiger, Weissman, 1991]. Среди диагностированного ПРЛ преобладают женщины, они составляют 75% [Gunderson, 2001]. Актуальность создания специального диагностического инструмента для диагностики ПРЛ обусловлена следующими обстоятельствами:

1. Наличием двух диагностических подходов, описывающих сходное по клиническим проявлениям личностное расстройство. Принятое в большинстве стран «пограничное личностное расстройство» (DSM-IV) и «эмоционально-неустойчивое расстройство личности» (по ICD-10, МКБ-10). Lai С.М., et al. (2012) показано, что при применении диагностических критериев DSM-IV-TR и ICD-10 (ПРЛ и эмоционально-неустойчивого) на выборке 1.419 психиатрических пациентах, эти два диагностических подхода дают совпадение в диагностике в 83% случаев [Lai et al., 2012]. Основная разница в этих двух диагностических подходах связана с тем, что в основу критериев DSM положены отобранные экспертами клинические признаки ПРЛ, а в основу ICD-10 — теоретическая модель неустойчивости.

2. Неоднородность клинической картины ПРЛ и связь его отдельных клинических проявлений с социальной адаптацией. Asnaani A. et al.

(2007) показано, что в подавляющем большинстве случаев, когда у пациентов присутствуют 5 и 6 диагностических критериев ПРЛ, их социальная адаптация не отличается от здоровых. Пациент начинает испытывать трудности социальной адаптации только при наличии у него 7, 8 или всех 9 клинических критериев диагностики [Asnaani A. et al., 2007]. С другой стороны, наличие у человека отдельных диагностически значимых пар (то есть всего двух критериев DSM, но в определенном их сочетании), является предиктором нарушения социальной адаптации. Это приводит к ряду исследований по диагностике черт ПРЛ в неклинической популяции [Sar et al., 2006].

3. Установление диагноза ПРЛ по клиническим критериям DSM встречает некоторые трудности. С одной стороны, это связано с тем, что стандартное клиническое интервью плохо приспособлено для диагностики личностных расстройств. Структурированное интервью как инструмент диагностики является более специфичным и надежным для выявления личностных расстройств [Egan et al., 2003]. Zanarini сравнивал результаты диагностики ПРЛ при обычном интервью и с применением специального опросника для диагностики этого расстройства. Показано, что обычное интервью, проводимое психиатром на амбулаторном приеме, диагностирует ПРЛ в 0,4% случаев, а при применении опросника — в 15% случаев [Gunderson, 2001].

Возможно, что именно эти трудности клинической диагностики привели к созданию и усовершенствованию специальных психодиагностических методов для выявления личностных расстройств, включая большое количество тестов, структурируемых интервью и скринингов. Наиболее известен тест Теодора Миллона и Висконтский опросник, адаптированные варианты современных версий которых используются в Канаде, Испании, Мексике, США и других странах. В некоторых странах имеются свои интервью и опросники, адаптированные к культуральным особенностям той или иной популяции, например в Бельгии, Корее, Японии и Китае. Культуральные различия настолько значимы, что даже в англоязычных странах опросники, созданные в одной стране, лучше всего «работают» в месте создания. Так, при сравнении результатов диагностики в Канаде по трем методикам — Канадской, США, и Британской, лучшие результаты показала Канадская методика [Cheung et al., 2003; Robles — Garcia et al. 2003; Rossi et al., 2003; Lyoo et al. 2003; Skinner et al., 2003; Osone, Takahashi 2003; Moran et al., 2004]. Для России проблема диагностики ПРЛ является важной, поскольку до настоящего времени не имеется инструмента для диагностики личностных расстройств. Тест Теодора Миллона запрещен к ввозу и использованию в России разработчиками.

В 2004—2014 гг. на базе кафедры клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета проведена разработка «Опросника для диагностики ПРЛ» (формы «А»). Разработка проводилась в соответствии с этапами, рекомендуемыми рядом авторов для конструирования теста:

Этап № 1. Спецификация теста

Прежде чем приступить к созданию теста, необходимо знать, для чего он нужен. Поэтому первым шагом является формулирование цели будущего теста. После этого выделяются содержательные области и манифестации (проявления) каждой из них. Например, при конструировании «опросника супружеского статуса» выделяются такие содержательные области как «зависимость-независимость», «вербальная — невербальная коммуникация» и т.д. Решение вопроса о количестве заданий, включаемых в тест, также крайне важно, так как для обеспечения надежности теста требуется не менее 20 заданий [Бурлачук, 2002]. Купер К. рекомендует разработать первоначально такое количество заданий, чтобы в последующем была возможность уменьшить количество заданий не менее чем на 20 [Купер, 2000].

Основной задачей этого этапа стало определение выбора теоретического конструкта из двух групп диагностических критериев (DSM-III-R и МКБ-10), описывающих сходный дезадаптивный паттерн поведения.

В DSM-III-R диагностика ПРЛ осуществляется при наличии 5 и более из восьми диагностических критериев:

1. Паттерн нестабильных и интенсивных интерперсональных отношений, характеризующийся экстремальными колебаниями между чрезмерной идеализацией и чрезмерной недооценкой.

2. Импульсивность, по меньшей мере, в 2-х областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например, трата денег, секс, наркомания, воровство, неосторожное вождение машины, кутежи (не включаются суицидальное и самоповреждающее поведение, указанное в п.5.)

3. Аффективная нестабильность: выраженные отклонения от изоляции со стороны настроения к депрессии, раздражительность, тревога, обычно продолжающиеся несколько часов и только редко более нескольких дней.

4. Неадекватная сильная злоба или отсутствие контроля над гневом, например, пациент часто обнаруживает вспыльчивость, злобу, нападает на других.

5. Повторные суицидальные угрозы, жесты или поведение, или же самоповреждающее поведение.

6. Выраженное нарушение идентификации, проявляющееся неуверенностью, по меньшей мере, в 2-х из следующих областях: самооценке или образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке долгосрочных целей и выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, предпочитаемых ценностях.

7. Хроническое ощущение пустоты и скуки.

8. Неистовые попытки избежать реального или воображаемого ужаса быть покинутым (не включается суицидальное или самоповреждающее поведение, отмеченное в п. 5) [Каплан, Сэдок, 1998].

В МКБ-10 импульсивный подтип эмоционально-неустойчивого расстройства личности, устанавливается при наличии трех из пяти признаков: 1) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 2) отчетливая тенденция к ссорам и конфликтам с другими, особенно при воспрепятствовании импульсивным действиям или порицании их; 3) склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение; 4) трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением; 5) лабильное и непредсказуемое настроение.

Диагноз пограничного подтипа эмоционально-неустойчивого расстройства личности устанавливается в том случае, если имеется, по крайней мере, три признака, сформулированных для импульсивного типа (F 60.30), и дополнительно не менее двух из нижеследующих стереотипов: 1) нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные); 2) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов; 3) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества; 4) повторные элементы саморазрушающего поведения или угрозы его; 5) стойкое чувство внутренней пустоты [Попов, Вид, 2000].

Возникает вопрос: «В том случае, если в двух классификациях рассматриваются диагностические критерии для одного и того же дезадаптивного паттерна поведения, выбор каких диагностических критериев будет оптимальным для определения теоретического конструкта создаваемого опросника?».

Widiger Т.А. (1992) в монографии, посвященной ПРЛ, указывает на основное различие в происхождении диагностических критериев этих двух классификаций: в основе диагностических критериев ICD-10 (МКБ-10) лежит теоретический конструкт неустойчивости; в основе же DSM-III-R — отобранные психиатрами-экспертами клинические проявления ПРЛ (в общей сложности из 105 клинических признаков). Именно эмпирическое происхождение диагностических критериев

DSM-III-R и их высокая прогностическая значимость определили окончательный выбор теоретического конструкта «Опросника для диагностики ПРЛ» в пользу DSM-III-R [Widiger, 1992].

В то же время, при создании шкал опросника, было принято решение сохранить теоретический конструкт нестабильности, что приобрело вид шкалы «нестабильность, импульсивность» объединяющей первый, третий и шестой критерии DSM-III-R. Первый критерий DSM-III-R отражает нестабильность в межличностных отношениях; третий критерий — нестабильность настроения; шестой — нестабильность в образе себя, выборе карьеры, предпочитаемых друзьях. Таким образом, шкалы «Опросника для диагностики ПРЛ» сочетают в себе и диагностические критерии DSM-III-R, и теоретический конструкт неустойчивости МКБ-10.

При разработке опросника предложены следующие шкалы:

1. Нестабильность, импульсивность — объединяет первый, третий и шестой критерии DSM-III-R, поскольку все они отражают нестабильность. Первый критерий DSM-III-R отражает нестабильность в межличностных отношениях; третий критерий — нестабильность настроения; шестой — нестабильность в образе себя, выборе карьеры, предпочитаемых друзьях.

2. Самоповреждающее поведение — этот критерий объединяет второй, четвертый и, частично, пятый критерии DSM-III-R, выделяя самоповреждающее поведение как таковое, причем четвертый критерий DSM-III-R (неадекватная злоба) также включен.

3. Непереносимость одиночества — объединяет седьмой и восьмой критерии DSM-III-R, поскольку чувство пустоты и скуки усиливается в одиночестве, отсюда — страх покидания другим.

4. Суицидальное поведение — данный критерий представляет собой частично пятый критерий DSM-III-R. Выделение его в отдельный критерий в предлагаемом способе целесообразно по той причине, что для тяжелого течения ПРЛ характерны многократные попытки самоубийства.

Этап № 2. Разработка заданий и оформление опросника

Купер К. (2000) отмечает, что разработка заданий — решающий шаг в разработке теста. Если задания написаны плохо, то никакая психометрическая премудрость не сможет обеспечить надежную и валидную шкалу [Купер, 2000].

Kline (1986) сформулировал следующие правила для написания заданий:

1. Задания должны быть соответствующим образом подобраны и касаться каждой отдельной стороны концепта. Опросник по диагностике

депрессии должен включать вопросы, касающиеся разных видов поведения (например, нарушения сна или привычек питания), также как и чувств. Целесообразно составить список основных граней оцениваемого феномена и написать равное количество заданий, затрагивающих каждую грань. Для более полного и законченного понимания предмета, рекомендуются руководства такие как DSM-IV.

2. Тест должен быть достаточно длинным для гарантии того, что он охватит все аспекты изучаемого предмета и включать не менее 30 заданий.

3. Каждое задание должно оценивать только ту черту, для измерения которой оно предназначено. Ответы на задания не должны зависеть от индивидуальных различий в словарном запасе, социальной желательности и т.д.

4. Каждое задание должно быть тщательно проанализировано в соответствии с культуральными особенностями (цит. по [Купер, 2000]).

Купер К. (2000) рекомендует несколько правил для подготовки заданий, если они разрабатываются для личностных тестов:

1. Утверждения необходимо писать так, чтобы они были четкими, недвусмысленными и требовали как можно меньше самоанализа. Меньше обращаться к чувствам и больше — к поведению. Например, «на прошлой неделе тревоги не давали мне возможность заснуть».

2. В каждом пункте может быть задан только один вопрос. Например, не рекомендуется использовать утверждения «Временами я чувствовал себя подавленным и пытался совершить самоубийство», поскольку крайне депрессивные люди, которые не помышляют о попытке самоубийства, не согласятся с этим утверждением.

3. Следует избегать утверждений с двойным отрицанием, таких, как «Мне не нравятся студенты». Поскольку ответ может быть «Да, не нравятся» или «Нет, не нравятся».

4. Рекомендуется избегать вопросов, касающихся частоты и количества. Например, вместо вопроса «Вы много читаете?», задается вопрос «Перечислите книги, которые вы прочитали ради удовольствия в прошлом месяце?».

5. Необходимо убедиться, что ни один вопрос не допускает двойного толкования. Например, в один личностный вопросник был включен вопрос: «Получаете ли вы удовольствие от веселых вечеринок?», хотя слово «веселый» (Gay) по-английски может означать индивидуума с гомосексуальной ориентацией.

6. Если вы должны спросить о чем-то социально нежелательном, рассмотрите возможность формулировки утверждения как бы с точки зрения другого человека, например: «Вы скупой?» — не годится, лучше как «Некоторые люди могут описывать меня как скупого».

7. Рекомендуется иметь текст инструкции, чтобы она призывала респондентов давать первый ответ, который естественным образом приходит в голову и не искать скрытые смыслы в заданиях [Купер, 2000].

После формулировки заданий необходимо решить вопрос, в каком виде разработчик хочет получить ответы. Какие либо правила, определяющие количество вариантов выбора ответа, отсутствуют. В личностных опросниках, как правило, используют три типа заданий: дихотомические, трихотомические и задания с рейтинговыми шкалами. Дихотомические задания (или задания с альтернативным выбором) обладают рядом достоинств, а именно, они просты для понимания, легки и удобны в обработке, и требуют наименьшего времени для ответа. К их недостаткам относится то, что испытуемые часто не удовлетворены предлагаемой альтернативой и требуют больше вариантов ответа. Трихотомические задания имеют преимущества, так как помогают испытуемому более точно выразить себя, так как на утверждения теста предлагаются ответы «Да», «Нет», «Не знаю». Рейтинговые шкалы предполагают варианты выбора до семи для более точного выражения испытуемым самого себя [Бурлачук, 2002].

В соответствии с этими требованиями, на каждую из данных четырех шкал составлено 20 заданий, описывающих поведение, чувства и мысли — всего 80 заданий, которые размещены в опроснике в случайном порядке.

Примерами заданий шкалы «нестабильность, импульсивность» являются: «Думаю, мне понравилась бы работа, где все быстро меняется: окружающие люди, ситуация, города и пр.», «Мое настроение чаще хорошее, ровное и стабильное», «Иногда случалось так, что я не завершал почти уже готовую работу, так как она переставала интересовать меня».

Примерами заданий шкалы «самоповреждающее поведение» являются: «Я иногда причиняю себе физическую боль с целью выяснить: «А что я еще могу выдержать?», «Я испытываю небывалый подъем настроения, если удается выиграть хотя бы небольшую сумму денег (например, в карты или казино)», «В моей жизни были случаи, когда я наносил себе повреждения (резал бритвой руки, прижигал кожу сигаретой и пр.)».

Примерами заданий шкалы «непереносимость одиночества» являются: «В одиночестве на меня «нападает» скука и тоска», «В одиночестве я чувствую себя неуютно, мне трудно заняться чем-либо», «Мне трудно пойти куда-либо одному (кафе, театр и др.)».

Примерами заданий шкалы «суицидальное поведение» являются: «мне часто приходит в голову мысль, что жизнь не имеет смысла», «В моем опыте была хотя бы одна суицидальная попытка», «Иногда я испытываю такое чувство скуки и тоски, что готов уйти из жизни».

Этап № 3. Оформление методики

Оформление методики представляет собой очевидную (лицевую) валидность. От оформления зависит, насколько серьезно воспринимается методика как диагностический инструмент обследования. В обязательном порядке должен быть представлен блок основной информации, включающей имя испытуемого, возраст, пол, образование.

Инструкция к заполнению должна быть ясной и доступной для понимания. В ней должно быть указано, каким образом выбирать ответ и каким образом отмечать его в опроснике. Здесь же содержится информация, которую разработчик считает необходимым сообщить обследуемому. Например, «отвечайте настолько быстро, насколько это возможно», или «отвечайте на каждый вопрос искренне, это очень важно для того, чтобы мы могли оказать вам необходимую помощь». Выделяется информация, способствующая эффективной работе испытуемого, например, о соблюдении конфиденциальности.

При оформлении теста рекомендуется пронумеровать задания, расположить текст заданий, отделив одно от другого и придать опроснику эстетически привлекательный вид (особенности шрифта, бумаги, и др.) [Бурлачук, 2002].

На этом этапе проведено оформление опросника с инструкцией для респондентов, разработка бланка для ответов и ключей — масок для быстрой обработки результатов.

Этап № 4. Пилотажное исследование

Прежде чем проводить проверку надежности и валидности теста, необходимо убедиться, что все задания измеряли один и тот же конструкт. Чтобы сделать это, необходимо предъявить тест большой выборке людей (более 200), по своим характеристикам сходным с теми, которые будут, в конечном счете, тестироваться при помощи этого теста. Если, например, опросник предназначен для лиц, имеющих проблемы с алкоголем, то пилотажное обследование должно проводиться в соответствующих клиниках и центрах. Или, если тест будет проводиться для окончивших обучение соискателей в определенную организацию, нельзя проводить пилотажное исследование на 16-летних школьниках (из-за разницы в академической подготовке) и пенсионерах (из-за разницы в возрасте). Если невозможно создать репрезентативную выборку, обычно достаточно составить выборку, приблизительно похожую на репрезентативную. Минимальное количество респондентов, которое требуется для пилотажного исследования, должно быть в два раза больше, чем количество заданий [Купер, 2000; Бурлачук, 2002].

Пилотажное исследование проводилось в г. Новосибирске в период с сентября 2004 по май 2005 года на базе кафедры клинической психологии Новосибирской государственной медицинской академии. В пилотажном исследовании приняли участие 293 человека. Испытуемые подбирались особым образом: в пилотажную выборку включались лица, среди которых, по данным литературы, наиболее часто встречается ПРЛ (Таблица № 1).

Этап № 5. Анализ заданий (определение эффективности заданий и дискриминативности диагностических критериев DSM-III-R)

Оценка того, насколько хорошо или плохо «работает каждое задание» проводилась путем определения индекса эффективности задания. Этот показатель подсчитывается делением количества обследуемых, давших «ключевой» ответ (ответ, совпавший с ключом), на общее количество обследуемых. В идеале этот индекс для каждого задания должен располагаться в интервале от 0,25 до 0,75 [Бурлачук, 2002]. В опроснике Формы А индекс эффективности 76-ти утверждений из 80 располагается в указанном интервале. Бурлачук Л.Ф. отмечает, что только автор может решить, оставить ли утверждения в опроснике. Поэтому, был проведен анализ «работы» оставшихся четырех заданий и оказалось, что эти

Таблица № 1

Категории лиц, включенных в пилотажное исследование

Категории лиц	Количество человек
1. Пациенты туберкулезного диспансера с криминальным прошлым	17
2. Учащиеся вечерних школ	44
3. Пациенты наркологического диспансера — анонимные наркоманы	15
4. Гэмблеры	20
5. Лица, увлекающиеся ролевыми играми	13
6. Ветераны войны в Чечне, получившие инвалидность с симптомами ПТСР	8
7. Осужденные женской колонии	36
8. Осужденные мужской колонии	76
9. Воспитанники колонии для несовершеннолетних	19
10. Пациенты с установленным клинически диагнозом ПРЛ	18
11. Подростки с диагнозом «нарушение поведения», состоящие на учете в психоневрологическом диспансере по поводу самоповреждающего и суицидального поведения	27
Итого заполнено протоколов	293
Исключено из обработки из-за неправильного заполнения	20
Обработано в пилотажном исследовании	273

задания эффективны на определенной категории — у лиц с тяжелыми симптомами пограничного личностного расстройства и склонностью к самоповреждающему поведению. После чего, было принято решение оставить эти четыре задания в опроснике. Таким образом, все разработанные утверждения были включены в окончательную версию опросника формы «А» [Ласовская, 2005].

Задания только тогда следует включать в окончательную версию опросника, если они измеряют те же самые личностные особенности, что и другие, предназначенные для этого задания. Для определения дискриминативности заданий используется коэффициент корреляции каждого задания с общим баллом теста. Чем выше коэффициент корреляции, тем выше дискриминативность, тем лучше задание. Это основной критерий. Минимальная корреляция 0,2. Однако, окончательное решение об оставлении или исключении задания необходимо принимать только с учетом ряда факторов. Например, можно оставить задание с низкой дискриминативностью, если заданий, измеряющий определенный параметр, мало. Исключение ряда заданий может повлиять на баланс заданий с прямыми и обратными ответами, и т.д. Все это скажется на валидности и надежности теста. Поэтому только разработчик выносит окончательное решение об оставлении или исключении задания из окончательной версии опросника [Бурлачук, 2002].

В ходе исследования определены значения дискриминативности заданий, соответствующие отдельным диагностическим критериям ПРЛ. Показано, что диагностический критерий № 5, отражающий суицидальное и самоповреждающее поведение, представлен самым большим количеством заданий (15 заданий), большинство из которых имеют высокие значения дискриминативности, лежащие в пределах 0,3567 до 0,5457. «В моменты тяжелых душевных переживаний у меня возникают мысли о самоубийстве или нанесении себе повреждений» (0,5457); «Иногда мне внезапно хочется сделать что-то, что может закончиться (или не закончиться) моей смертью, например, принять большую дозу лекарств» (0,4758). Таким образом, можно говорить о высокой диагностической ценности суицидального и самоповреждающего поведения. Это согласуется с данными японских исследователей, выявившими высокий уровень дискриминативности диагностического критерия № 5 [Kazuko, Inoue, 2009].

Также обращает на себя внимание, что ряд вопросов, отражающих клинические проявления ПРЛ, такие как интерес к тематике смерти и сильные чувства при виде крови, имеют высокие значения дискриминативности. Значения задания «У меня бывают фантазии, связанные с моей смертью» составили 0,4825.

В связи с этим проведено дополнительное исследование, которое ставило задачей изучить распространенность признака привлекательности тематики смерти у лиц с диагнозом ПРЛ. Обследовано 30 человек с установленным диагнозом ПРЛ, из них 17 мужчин и 13 женщин в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст 21,2 лет). При проведении структурированного интервью всем предлагались вопросы, отражающие тематику смерти, например, «Бывают или нет у вас фантазии на тему собственной смерти?», «Привлекают или нет вас телепередачи о смерти, о том, что может быть после?», «Считаете ли вы неприятным для себя посещение кладбищ или присутствие на похоронах?».

Результаты исследования показали, что привлекательность темы смерти является характерной чертой лиц с диагнозом ПРЛ. 18 из опрошенных (60%) отметили, что у них бывают фантазии, связанные с собственной смертью. Как правило, мысль (образ) возникает внезапно, резко контрастируя с актуальным состоянием. Например, респондент А., 19 лет, пол женский: «...Я иду по улице с отцом, мне ничего не угрожает, я в безопасности. Но место незнакомое, вокруг люди. Я начинаю думать, что было бы, если бы отца не было бы рядом. Наверное, эти люди вокруг, которые мне не очень приятны, набросились бы на меня. Ограбили бы или, непременно, убили.... Или я еду в машине и мне думается, что вот было бы хорошо, если бы машина врезалась во что-нибудь. ... А вообще, мысли о смерти не пугают, а сопровождаются приятным чувством, правда, в некоторых случаях к ним примешивается чувство безысходности...».

20 человек из 30 (67%) отметили, что посещение кладбищ, похороны и пр. не вызывают у них неприятных чувств. Наоборот, места, где можно столкнуться со смертью, притягивают. Респондент М., 32 года, пол мужской: «...Моя работа связана с частыми поездками на машине по Новосибирской области. Когда я вижу аварию, у меня возникает непреодолимое желание приблизиться. Я непременно останавливаюсь, как бы я не спешил. Останавливаюсь и принимаю участие в спасательных работах или помогаю бригаде скорой помощи, например, несу носилки. В эти моменты у меня возникает возбуждение, похожее на то, когда принимаешь допинг. Возбуждение и мгновенная мобилизация, сопровождающаяся повышением настроения». Один из опрошенных рассказал, что в тот момент, когда у его жены случилось состояние клинической смерти, то в первую очередь он взял фотоаппарат «Полароид» и сделал несколько снимков, и только после этого начал проводить закрытый массаж сердца. 16 человек (53%) отметили, что они обязательно досмотрят телепередачу до конца, если в ней затрагивается тематика смерти. Таким образом, показано, что фантазирование на тему собственной

смерти является патогномичным признаком ПРЛ и может считаться дополнительным признаком диагностики ПРЛ [Ласовская и соавт., 2010].

Значения дискриминативности задания «В моей жизни были эпизоды, когда вид истекающей крови (например, при порезах), успокаивал меня» составило 0,4752. Можно предположить, что данные клинические проявления, описанные как единичные наблюдения Hirayama Y. et al. (2003), являются характерными для ПРЛ и обладают высокой диагностической ценностью наряду с заданиями, отражающими суицидальное и самоповреждающее поведение [Hirayama, 2003].

Максимальные значения дискриминативности получены по диагностическому критерию № 4, отражающим трудности в контроле гнева («Если я действительно зол, то могу легко оскорбить человека или спровоцировать драку» (0,5032); «Иногда у меня возникает сильная злость, которую трудно сдерживать» (0,4520).

Представляет интерес, что аффективная нестабильность, отраженная в критерии № 3 имеет невысокие значения дискриминативности от 3,599 до 3,695. Аффективная нестабильность занимает в клинике ПРЛ одно центральное место и практически не меняется в динамике [Paris, 2002].

Критерий № 7 представлен заданиями с достаточно высокими значениями дискриминативности «Иногда я ощущаю такое чувство тоски и скуки, что готов уйти из жизни» (0,5304) и «Иногда я испытываю такое чувство пустоты, что готов разбить себе пальцы молотком, чтобы почувствовать, что я живой» (0,3836). Содержание заданий отражает связь чувства пустоты и скуки с суицидальным и самоповреждающим поведением. Это согласуется с исследованиями Klonsky E.D., который при уточнении содержания этого диагностического критерия, выявил связь между переживанием пустоты и скуки, депрессивными переживаниями, суицидальными мыслями и суицидальными попытками [Klonsky, 2008].

Близкие по значениям к критерию № 7 значения дискриминативности установлены по критерию № 8, отражающим страх быть покинутым (или низкую толерантность к одиночеству).

Критерий № 8 представлен заданиями «Если мне предстоит провести вечер одному, то я стараюсь избежать этого, например, напросившись в гости к другу и пр.» (0,3886) и «Я плохо переношу одиночество, так как на меня «нападает» скука и тоска» (0,3705). Klonsky E.D. также указал на связь скуки и тоски с переживанием изоляции. Таким образом, можно говорить о связи седьмого и восьмого диагностических критериев [Klonsky, 2008].

Высокие значения дискриминативности получены по критерию № 2. Импульсивность в потенциально самоповреждающих областях представлена заданием «Меня можно назвать «рисковым парнем» — мне нравится все, что помогает почувствовать яркость мира — вести машину на большой скорости, прокутить большие деньги, поэкспериментировать с алкоголем или наркотиками» (0,5032). Влечение к риску осознается, и лица с ПРЛ охотно делятся с окружающими эмоциями, пережитыми в экстремальных ситуациях.

Одна из осевых характеристик ПРЛ — расщепление отражена в критерии № 1. Однако, задание по этому критерию имеет невысокое значение дискриминативности «Я часто разочаровываюсь в людях, которые казались мне идеальными» (0,3270). Это может быть связано с особенностью механизма расщепления — и идеализация, и недооценка не осознаются.

Также, низкие значения дискриминативности получены по критерию № 6 («Иногда случалось так, что я не завершал почти уже готовую работу, так как она переставала интересовать меня» (0,3397); «Я считаю, что даже самую неинтересную работу нужно всегда доводить до конца» (0,3282). Задания по этому критерию отражают отношение к работе. На начальных этапах разработки диагностических критериев ПРЛ отношение к работе включалось как один из диагностических критериев ПРЛ, но исключено из поздних версий из-за низкой диагностической ценности.

Таким образом, наибольшей диагностической ценностью обладают диагностические критерии ПРЛ № 5 (суицидальное и самоповреждающее поведение); № 4 (неадекватно сильный гнев); № 7 (чувство пустоты и скуки), № 2 (импульсивность в потенциально самоповреждающих областях). Дополнительными диагностическими критериями могут быть интерес к смерти и сильные чувства при виде крови [Короленко и соавт., 2008].

Этап № 6. Стандартизация опросника

Первоначальный суммарный балл, подсчитанный с помощью ключа, не является показателем, который можно диагностически интерпретировать. Его называют «сырым тестовым баллом». Применение тестовых норм в профессионально организованной психодиагностике основывается на переводе тестовых баллов из «сырой» шкалы в «стандартную». Эта процедура называется «стандартизация тестового балла» [Шмелев, 1996].

Перед тем, как начать стандартизацию, важно было выяснить два основных вопроса. Первое: различаются или нет значения суммы баллов и отдельных критериев у мужчин и женщин. Достоверных различий в

пилотажной группе по гендерному признаку выявлено не было. Это означает, что полученные в результате стандартизации таблицы могут применяться как для мужчин, так и для женщин. Второе: известно, что с возрастом изменяется выраженность отдельных черт (импульсивность, самоповреждающее и суицидальное поведение) ПРЛ, и не все, кому был поставлен в диагноз в возрасте 20 лет, имеют его в 40—50 лет [Paris, 2002]. Поэтому, проведено сравнение средних значений суммы баллов всех критериев и средних значений отдельных критериев между возрастными подгруппами.

С учетом установленных достоверных различий, с помощью процедуры нелинейной нормализации была проведена стандартизация опросника, в результате чего были созданы конверсионные таблицы для перевода сырых баллов в стены с учетом возраста испытуемого (Таблицы №№ 2—5). Таким образом, результатом стандартизации явилось установление диагностических границ для диагностики ПРЛ. Диагностическими границами является набор испытуемым 8 стенов и более по сумме баллов, либо по критерию «импульсивность», либо по критерию «самоповреждающее поведение», либо по критерию «суицидальное поведение». Набор 8 стенов по критерию «непереносимости одиночества» не может быть использован как диагностический, что показано при проведении перекрестной валидации. Важен лишь его вклад в общую сумму баллов [Ласовская и соавт., 2012].

Таблица № 2

Конверсионная таблица для перевода сырых баллов в стенированные по шкале «импульсивность-нестабильность»

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—17 лет	До 6	7—8	9	10—11	12	13—14	15	16—17	18	19 и более
Возраст 18—47	До 4	5—6	7	8—9	10	11—12	13	14—15	16	17 и более
Возраст 48 и старше	0—1	2—3	4	5—6	7	8—9	10	11—12	13	14 и более

Таблица № 3

Конверсионная таблица для перевода сырых баллов в стенированные по шкале «самоповреждающее поведение»

Стены	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—27 лет	0—1	2—3	4—5	6—7	8—9	10—11	12—13	14—15	16 и более
Возраст 28 и старше	0	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	11—12	13—14	15 и более

Таблица № 4

Конверсионная таблица для перевода сырых баллов в стенированные по шкале «суицидальное поведение»

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—27 лет		0	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10	11—12	13—14	15 и более
Возраст 28—37			0—1	2—3	4—5	6—7	8—9	10—11	12—13	14 и более
Возраст 38—47 и старше	0—1	2—3	4	5—6	7	8—9	10	11—12	13	14 и более
48 и старше		0	1	2	3	4	5	6	7	8 и более

Таблица № 5

Конверсионная таблица для перевода суммы сырых баллов в стенированные

Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Возраст 14—17 лет	До 19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60 и более
Возраст 18—27	До 15	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56 и более
Возраст 28 и старше	До 11	12—15	16—21	22—25	26—31	32—35	36—41	42—45	46—51	52 и более

Этап № 7. Определение надежности

1. Надежность по внутренней согласованности (синонимы коэффициент альфа, альфа Кронбаха). Значения альфа Кронбаха не может быть менее 0,7 [Купер, 2000]. При проведении пилотажного исследования по предлагаемому тесту вычислялся альфа Кронбаха, который равен 0,86.

2. Ретестовая надежность. «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» заполнили 104 студента НГМУ с интервалом тестирования в четыре недели (средний возраст 19,2 лет). По результатам тестирования вычислялся коэффициент корреляции результатов, полученных при подсчете суммарного балла первого и второго тестирования. Показано, что ретестовая надежность по суммарному баллу «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» составляет 0,90. При определении ретестовой надежности определялась надежность не только по сумме баллов опросника, но и значений его отдельных шкал. Ретестовая надежность шкалы «самоповреждающего поведения оказалась самой высокой» — 0,92. Также, высокие значения получены по шкале «импульсивность, нестабильность» — 0,91. Ретестовая надежность шкалы «суицидальное поведение» составила 0,88;

шкалы «непереносимость одиночества» 0,81. Полученные значения ретестовой надежности можно оценить как высокие, так как наименьшим удовлетворительным значением для ретестовой надежности является коэффициент корреляции равный 0,7 [Ласовская и соавт., 2012].

3. Надежность частей теста. Вычисление надежности частей теста проводилось двумя способами — определение надежности по формуле Рюлона и по формуле Спирмена-Брауна) для двух категорий испытуемых.

1. Выборка пилотажного исследования. С учетом предназначения «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» форма А диагностировать пограничное личностное расстройство, надежность частей теста определялась на выборке объемом 141 испытуемый, в которой, по данным литературы, ПРЛ встречается чаще (лица с криминальным прошлым, подростки с нарушением поведения — амбулаторные пациенты психоневрологического диспансера, пациенты наркологического диспансера с алкогольной аддикцией, анонимные гэмблеры, учащиеся вечерней школы). Определение надежности по формуле Рюлона: рассчитывалась дисперсия частей теста (1—40 вопрос; 41—80 вопрос) и дисперсия целого теста. Дисперсия частей теста составила соответственно 32,9 и 27,8. Дисперсия целого теста — 129,6 α -коэффициент Рюлона рассчитывалась по формуле: $\alpha = 1 - (S_e^2 / S_x^2)$. Значение -коэффициента Рюлона, характеризующего надежность частей теста составило 0,96.

Определение надежности по формуле Спирмена-Брауна проводилось определением корреляции между результатами, полученными от каждой из половин теста, который равнялся 0,747. Затем этот результат вставлялся в формулу Спирмена-Брауна: $R = 2R / (1+R)$. $R = 2 \cdot 0,747 / 1+0,747 = 0,85$. Таким образом, надежность частей теста по формуле Спирмена-Брауна составила 0,85. На выборке пилотажного исследования рассчитывалась Альфа Кронбаха. Значения Альфа Кронбаха 0,86.

2. Выборка неклинической популяции. Предполагается, что опросник формы «А» будет использоваться на неклинической популяции молодых людей для выявления лиц с ПРЛ, то надежность частей теста определялась и на неклинической популяции. Неклиническую выборку составили студенты в количестве 200 человек, студенты ВУЗов г. Новосибирска (Сибирский независимый институт, Новосибирский государственный педагогический университет, Новосибирский государственный медицинский университет). Средний возраст 19,4 года.

Определение надежности по формуле Рюлона: рассчитывалась дисперсия частей теста (1—40 вопрос; 41—80 вопрос) и дисперсия целого теста. Дисперсия частей теста составила соответственно 21,7 и 20,9.

Дисперсия целого теста — 67,0 α -коэффициент Рюлона рассчитывалась по формуле: $\alpha = 1 - (S_e^2 / S_x^2)$. Значение -коэффициента Рюлона, характеризующего надежность частей теста составило 0,988.

Определение надежности по формуле Спирмена-Брауна проводилось определением корреляции между результатами, полученными от каждой из половин теста, который равнялся 0,62. Затем этот результат вставлялся в формулу Спирмена-Брауна: $R = 2R / (1+R)$. $R = 2 \cdot 0,62 / 1+0,62 = 0,765$. Таким образом, надежность частей теста по формуле Спирмена-Брауна составила 0,765 [Ласовская и соавт., 2012].

Этап № 8. Определение валидности

Проводилось определение внешней, конструктивной и ретроспективной валидности.

Определение внешней валидности. Внешняя валидность — мера возможности распространения результатов тестирования на генеральную совокупность. Внешняя валидизация осуществляется путем отработки репрезентативности экспериментальной выборки и перекрестной валидизации, то есть определения валидности теста на выборке, отличающейся от той, на которой отрабатывались стимульные задания к тесту.

Репрезентативность выборки — представительность экспериментальной выборки, которая отражает свойства генеральной совокупности. Репрезентативность определяется путем сопоставления качественных и количественных характеристик экспериментальной выборки с характеристиками исследуемой популяции с целью определить их однородность. К качественным характеристикам могут быть отнесены социально-демографические, видовые, интеллектуальные, профессиональные и другие характеристики популяции, которые являются предметом исследования или существенно влияют на него.

В данном случае, экспериментальная выборка была представлена категориями лиц, среди которых, по данным литературы, наиболее часто встречается ПРЛ — это лица, находящиеся в местах лишения свободы, аддикты, и др. [Нохуров, 2005; Обросов, 2004; Gunderson, 2001]. Таким образом, по своим качественным характеристикам, выборка является репрезентативной.

Количественная характеристика экспериментальной группы — это минимальная численность, которая сохраняет свойства генеральной совокупности. Формирование репрезентативной выборки по количественному признаку осуществляется при помощи теоремы П.А. Чебышева о вероятности ошибки репрезентативности, которая гласит: «С вероятностью сколь угодно близкой к единице можно утверждать, что при достаточно большом числе наблюдений выборочная средняя будет

сколь угодно мало отличаться от генеральной средней». Размер минимальной репрезентативной выборки рассчитывается по формуле: $n = \lceil [t^2W(1-W)N] / [d^2N+t^2W(1-W)] \rceil$, где n — численность экспериментальной выборки; t — коэффициент кратности ошибки, связанный с вероятностью P_t , с которой требуется гарантировать результаты выборочно-го наблюдения; d — размер допустимой ошибки выборки (0,05); W — доля (частность) данного признака (0,84); $(1-W)$ — доля противоположного признака (0,16); N — численность генеральной совокупности [Носс, 1999].

Далее был произведен расчет минимально-репрезентативной выборки испытуемых, если: $t = 1,98$; $d = 0,05$; $W = 0,84$ (вероятность «угадывания» признака по предлагаемому тесту составляет 0,84); $(1-W) = 0,16$; $N = 5000$. $n = \lceil [1,98^2 \cdot 0,84 \cdot (1-0,84) \cdot 5000] / [0,05^2 \cdot 5000 + 1,98^2 \cdot 0,84 \cdot (1-0,84)] \rceil = 202$ человека.

Численность испытуемых в пилотажном исследовании предлагаемого теста составила 273 испытуемых, в то время как минимальное количество 202 человека, таким образом, по количественному показателю выборка является репрезентативной.

Для проведения перекрестной валидации теста авторы сравнили результаты выборки здоровых (891 человек, учащиеся средних и высших учебных заведений г. Новосибирска) и результаты испытуемых, принявших участие в пилотажном исследовании. Средние значения стенированных баллов, стандартное отклонение и достоверность различий представлены в Таблице № 6.

Таблица № 6

Средние значения стенированных баллов группы пилотажного исследования и здоровых

	Пилотажная группа 273 человека	Здоровые 891 человек	t-критерий Стьюдента
Сумма баллов по всем критериям	5,7+1,9	4,0+1,9	14,48
Импульсивность, нестабильность	5,6 + 2,2	4,5+ 2,2	7,31
Самоповреждающее поведение	5,8 + 1,9	3,8+ 1,9	18,46
Непереносимость одиночества	5,9+ 2,2	6,1+ 2,2	-1,72
Суицидальное поведение	5,7 +2,2	4,2 +2,2	12,89

Таким образом показано, что выборки различаются по сумме баллов, импульсивности, самоповреждающему поведению и суицидальному поведению, то есть по всем характеристикам, за исключением непереносимости одиночества.

носимости одиночества, что может быть связано с этнокультуральными особенностями. В теоретическую основу «Опросника для диагностики пограничного личностного расстройства» заложены критерии диагностики DSM-IV, разработанные на американской популяции и это может ограничивать их использование в других культурах. Работы, проводившиеся в странах Европы, подтверждают это. Например, Grilo et al. (2004) при проведении адаптации критериев DSM-IV к испанской популяции установили, что самыми показательными критериями в плане диагностики являются эмоциональная нестабильность, суицидальное и самоповреждающее поведение, при недостаточной эффективности остальных критериев [Grilo et al., 2004].

Другое объяснение факту, что вопросы, отражающие непереносимость одиночества «не работают», можно представить, обратившись к содержанию разработанных вопросов опросника. Большинство вопросов содержит высказывания типа «Мне трудно пойти куда-либо одному» или «Я скорее предпочел бы иметь рабочее место в одной комнате с коллегами, чем отдельный кабинет», то есть показывают поведение испытуемого в стремлении избежать одиночества, практически не показывая переживаний, которые могут появляться, когда человек один. Поэтому для уточнения переживаний проведено клиническое интервью с пятью пациентами с установленным диагнозом ПРЛ. Показано, что стремление избежать одиночества появляется в связи с невозможностью или трудностью заняться в одиночестве каким-либо делом и появлением неприятных чувств, таких как скука и тоска [Ласовская и соавт., 2012].

Определение конструктивной валидности. Конструктивная (концептуальная) валидность определялась по процедуре, предложенной Д.Т. Кэмпбеллом и Д.В. Фиске. Эта процедура предполагает использование наряду с валидируемым тестом специальной батареи тестов, подобранных таким образом, чтобы в нее входили тесты предположительно связанные с валидируемым тестом, так и не связанные с ним. Экспериментатор должен заранее предсказать, какие тесты будут высоко коррелировать с валидируемым тестом, а корреляция с какими тестами будет низкой. Тесты, которые по предположению, высоко коррелируют с валидируемым тестом, называются конвергирующими, а не коррелирующие — дискриминантными. Концептуальная валидность может считаться удовлетворительной, если коэффициенты корреляций валидируемого теста с группой конвергирующих тестов статистически значимо выше коэффициентов корреляций с группой дискриминантных тестов [Мельников, Ямпольский, 1985].

Определение конструктивной валидности началось с создания батареи конвергирующих тестов. Батарею конвергирующих тестов составили:

1. Шкала диссоциации. Основанием для включения этого теста явились результаты исследований, указывающие на высокую распространенность диссоциативных симптомов у лиц с пограничным личностным расстройством и высокий уровень значений по шкале диссоциации [Van Der Bosch et al., 2003; Sar et al., 2006; Ross, 2007; Zanarini et al., 2008; Korzekwa et al., 2009; Barnow et al., 2011]. В исследовании использована русскоязычная версия шкалы диссоциации Евы Бернштейн и Фрэнка Патнема в адаптации Агаркова В.А. [Агарков В.А., 2002].

2. Шкала оценки суицидального риска Н. Пезешкиана. Основанием для включения этого теста явился высокий уровень коморбидности пограничного личностного расстройства и суицидального поведения. У подростков, совершивших суицидальные попытки пограничное личностное расстройство диагностируется в 56,3% случаев [Kuba et al., 2011]. Отличительной чертой суицидального поведения при пограничном личностном расстройстве является хронический характер суицидальных попыток. Они повторяются неоднократно в течение жизни и, в среднем, каждый пациент имеет в анамнезе по три суицидальные попытки [Links, Gould, Ratnayake, 2003].

3. Шкала депрессии Бека. Основанием для включения этого теста явились исследования, подтверждающие высокий уровень коморбидности пограничного личностного расстройства и депрессии. Ожидается, что все выбранные конвергирующие тесты будут иметь средний уровень корреляции со значениями валидизируемого теста.

В качестве дискриминантных тестов выбран: 1. Тест смысложизненных ориентаций Леонтьева Д.А. Для лиц с пограничным личностным расстройством характерна многократная смена ряда жизненных ориентиров — выбор профессии, целей, непостоянство интересов и др. Поэтому по тесту смысложизненных ориентаций можно ожидать слабой отрицательной корреляционной связи.

2. В качестве дискриминантного параметра выбран также возраст. Так как динамика пограничного личностного расстройства подразумевает изменения ряда симптомов, но в течении длительного времени (20—27 лет), то в случае, если возраст испытуемых находится в пределах 10 лет, то можно ожидать слабой обратной связи при вычислении корреляций со значениями валидизируемого теста. Батареею тестов заполнили 104 студента НГМУ, в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст 22,0 лет) педиатрического, стоматологического, факультета, факультетов высшего сестринского образования и клинической психологии). Методом математической обработки выбран корреляционный анализ по Спирмену.

Коэффициенты корреляции валидизируемого опросника и группы конвергирующих тестов находились в пределах: шкала диссоциации 0,47; шкала депрессии Бека 0,46; шкала оценки суицидального риска 0,54.

В целом, гипотеза в отношении средней силы связи с группой конвергирующих тестов подтверждена. Это говорит о том, что кроме диссоциации, депрессии и суицидального риска «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства» измеряет еще что-то. Высокие значения корреляции показывали бы, что валидизируемый опросник не измеряет никакой новой черты [Купер, 2000]. Неожиданным явилось выявленная обратная корреляционная связь значений суммы баллов теста смысловых ориентаций и валидизируемого опросника ($-0,43$). С таким параметром как возраст, как и ожидалось, связи не выявлено ($-0,25$).

Поскольку полученные значения уровня корреляции с конвергирующими тестами превышают значения дискриминантных параметров, согласно подходу, предложенному Д.Т. Кэмпбеллом и Д.В. Фиске, тест считается валидным [Ласовская и соавт., 2012].

Определение ретроспективной валидности

Особенностью ПРЛ является диффузная идентичность, которая обуславливает такие клинические проявления как неустойчивость в межличностных отношениях, неустойчивость в отношении к себе, к выбранной профессии и пр. Предполагается, что академическая успеваемость может быть выбрана в качестве критерия, который будет резко отличаться у лиц с ПРЛ и лиц без ПРЛ. У лиц с ПРЛ ожидается низкая академическая успеваемость. По данным заполнения опросника для диагностики ПРЛ студентами факультета клинической психологии были отобраны студенты с ПРЛ (набор 8 и более стенированных баллов по шкалам опросника) в количестве 11 человек. Группу сравнения составили студенты с низкими стенированными баллами (3 и менее) также в количестве 11 человек. Академическая успеваемость оценивалась по результатам экзаменов первых четырех семестров обучения.

В ходе исследования выявлены достоверные различия между сравниваемыми группами по результатам успеваемости (Критерий Манна-Уитни, $P < 0,01$). Средние значения успеваемости студентов с ПРЛ 3,9; студентов без ПРЛ — 465. В 63,6% случаев студенты с ПРЛ находились на повторном обучении из-за низкой академической успеваемости. Среди студентов без ПРЛ находящихся на повторном обучении не выявлено. В четырех случаях из 11, у студентов с ПРЛ отмечалась высокая академическая успеваемость — от 4,0 до 4,9 баллов. Таким образом, студенты с ПРЛ демонстрируют «полярное» отношение к учебе. В ранних версиях диагностических критериев ПРЛ отношение к учебе (работе) представляло собой самостоятельный диагностический критерий. Таким образом, можно говорить о ретроспективной валидности разработанного диагностического инструмента.

Отмечено, также, что студенты с ПРЛ имеют трудности в соблюдении «тайминга». Им трудно прийти во время к началу занятий, экзамена, тестирования и др. При этом, даже если от явки студента зависит многое (например, идет передача экзамена и с этим связано продолжение обучения), лица с ПРЛ не являются в назначенный час без уважительной причины.

Студенты с ПРЛ не посещают занятия большую часть семестра. Количество предметов, по которым они имеют долги — от семи до десяти и более. Как следствие, регулярные отчисления с восстановлением или повторным обучением. В среднем, количество отчисления студентов с ПРЛ — 2,2 раза. В некоторых случаях студент может обучаться на одном курсе три и более лет. Среди студентов, находящихся на повторном обучении или восстановленных после отчисления, ПРЛ диагностируется в 95—100% случаев. Для студентов с ПРЛ характерно «все сорвать в последний момент». Это выражается в немотивированном уходе из вуза на последнем или предпоследнем семестре обучения (при хорошей успеваемости), отказе от защиты дипломной работы и др. [Ласовская и соавт, 2013].

Этап № 9. Определение чувствительности и специфичности

Специфичность теста определяет его способность идентифицировать здоровых как здоровых и определяется на лицах, с исключением диагностируемого признака [Петри, Сэбин, 2003]. В данном случае определение специфичности проводилось на лицах, прошедших специальное исследование, исключающее ПРЛ. Это были сотрудники исполнения наказания, прошедшие профотбор и курсанты школы милиции. Из 29 сотрудников исполнения наказания, 28 по нашему способу диагностировались как здоровые, что составляет 97%. Из 140 курсантов школы милиции, 134 по нашему способу диагностировались как здоровые, что составляет 96%. Таким образом, специфичность теста составляет 96—97%.

Чувствительность теста представляет собой способность идентифицировать лиц с диагностируемым признаком и определяется в группе лиц, где заранее известно наличие диагностируемого признака. В данном случае у пациентов, с установленным клинически диагнозом ПРЛ. Из 25 человек, которым клинически поставлен диагноз «пограничное личностное расстройство», 21 набирают по тесту 8 и более стенов по сумме баллов, критерию «импульсивность», «самоповреждающее поведение» и критерию «суицидальное поведение), что составляет 84% [Ласовская, 2012].

Таким образом, создан диагностический инструмент с высокими психометрическими характеристиками. По результатам разработки оформлен патент.

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков В.А.* Диссоциация как механизм психической защиты в контексте последствий психической травмы.: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 — защищена 25.12.02; утв. 21.03.03. — М., 2002. — 201 с.
- Агарков В.А.* Эмпирические исследования диссоциации. // Брушлинский А.В., Журавлев А.Л. (ред.) Современная психология: состояние и перспективы исследований. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИП РАН, 28—29 января 2002 г. Том 1. / М.: Изд-во ИП РАН. 2002. С. 242—244
- Бурлачук Л.* Психодиагностика. — СПб.: Питер. — 2002. — С. 151—152, 154, 156—157, 157—158, 158—159, 160, 161—162, 168
- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия / Перевод с англ. В 2-х т. М. — Медицина, 1998. — Т1. — Стр. 655—656
- Короленко Ц.П., Ласовская Т.Ю., Ячников С.В.* Сильные чувства при виде крови как дополнительный критерий диагностики пограничного личностного расстройства / Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в XXI веке: тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 25- летию кафедры психиатрии и наркологии с курсом клинической психологии ФПК и ППВ ГОУ ВПО НГМУ Росздрава (Новосибирск, 28 мая 2008 г.) / под ред. Проф. В.Л. Дресвянникова. — Новосибирск: Сибмедиздат; Изд-во ГНТУ, 2008. — С. 62—63
- Купер К.* Индивидуальные различия. / пер. с английского Т.М. Марютиной под ред. И.В. Равич-Шербо. — М. — Аспект-Пресс. — 2000. — С. 304—306; 310—311; 315—316, 430, 431—432, 435, 436, 433—455
- Ласовская Т.Ю.* Этапы конструирования теста: определение эффективности заданий в опроснике для диагностики пограничного личностного расстройства / Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье в XXI веке» 25 мая 2005 г. в г. Новосибирске. — Новосибирск: Сибмедиздат, 2005. — С. 118—119
- Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Сарычева Ю.В., Ячников С.В.* Привлекательность тематики смерти в клинической картине пограничного личностного расстройства // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2010. — № 6. — С. 31—32
- Ласовская Т.Ю., Ячников С.В., Егорова О.А., Артюшина М.А., Лермонтов П.А.* Этапы конструирования теста. Определение ретестовой надежности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства / «Будущее клинической психологии-2012». Материалы VI Международной научно-практической конференции 20 апреля 2012 г. Пермь. — 2012. — С. 102—109
- Ласовская Т.Ю., Сарычева Ю.В., Ячников С.В., Пономаренко И.В., Жовнер И.В., Егорова О.А., Артюшина М.А., Лермонтов П.А.* Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства: определение надежности частей теста // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 2
- Ласовская Т.Ю.* Определение чувствительности и специфичности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства. // Материалы

- IV Международной научно-практической дистанционной конференции «Современная психология: теория и практика» (27–28 марта 2012 г.) — Москва. — 2012. — С. 102–103
- Ласовская Т.Ю., Яичников С.В., Пономаренко И.В., Жовнер И.В., Егорова О.А., Артюшина М.А., Лермонтов П.А. Валидизация опросника для диагностики пограничного личностного расстройства: определение конструктивной валидности // Медицина и образование в Сибири. — 2012. — № 3
- Ласовская Т.Ю., Яичников С.В., Сарычева Ю.В. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А»: определение теоретического конструкта, формулирование заданий, пилотажное исследование и стандартизация. // Материалы международной заочной научно-практической конференции «Социальные науки и общественное здоровье: теоретические подходы, эмпирические исследования, практические решения» (20–21 апреля 2012г.) — Пенза-Москва-Витебск. — 2012. — С. 76–87
- Ласовская Т.Ю., Сарычева Ю.В., Яичников С.В. Определение внешней валидности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства. // Материалы международной заочной научно-практической конференции (2 апреля 2012 года). — Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов». — 2012. — С. 130–136
- Ласовская Т.Ю., Ларин А.В., Яичников С.В. Определение ретроспективной валидности опросника для диагностики пограничного личностного расстройства // Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова)», состоявшейся 14–15 февраля 2013 г. В ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. — Москва. 2013. — С. 77–79
- Мельников В.М., Ямольский Л.Т. Введение в экспериментальную психологию личности: Учебное пособие для слушателей ИПК преподавателей пед. дисциплин ун-тов и пед. ин-в.— М.: Просвещение. — 1985. — С. 172, 186–187
- Носс И.Н. Психодиагностика. Тест, психометрия, эксперимент (информационно-методический конспект материалов к практическим занятиям по психодиагностике и экспериментальной психологии). — М. — «Издательство «КСП+», 1999. — С. 56–65, 57–59
- Нохуров Б.А. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. — М. — 2005. — С. 8–9
- Обросов И.Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальный подходы). Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. — М. — 2004. — С. 6–9
- Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине / Пер. с английского В.П. Леонава. — М.: ГОЭТАР-МЕДИА. — 2003. — С. 93
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — 2000, С. 245–251; 168–169

- Шмелев А.Г. Основы психодиагностики. Учебное пособие для студентов педвузов. — Москва, Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996. — С. 148—152
- Asnaani A., Chelminski I., Young D., Zimmerman M. Heterogeneity of BPD: do the number of criteria met make a difference? // *J Pers.Dis.* 2007; 21(6), 615—625
- Barnow S., Limberg A., Stopsack M., Spitzer C., Grabe HJ., Freyberger HJ., Hamm A. Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder // *Psychol Med.* 2011. Nov 9: 1—12
- Cheung F.M., Kwong J.Y., Zhang J. Clinical validation of the Chinese Personality Assessment Inventory // *Psychol Assess.* 2003 Mar; 15(1): 89—100
- Egan S., Nathan P., Lumley M. Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting // *Aust N Z Psychiatry* 2003 Aug; 37(4): 484—91
- Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. // *J Consult Clin Psychol.* 2004 Feb; 72(1): 126—31
- Gunderson J. Borderline personality disorder. A Clinical Guide. 2001. Washington. — P. 9—14, 38, 39, 50—54; 55
- Hirayama Y., Sakamaki S., Tsuji Y., Sagawa T., Takayanagi N., Chiba H., Matsunaga T., Kato J., Niitsu Y. Fatality caused by self-bloodletting in patients with factitious anemia // *Int J Hematol* 2003 Aug; 78(2): 146—148
- Kazuko T., Inoue K. Discriminative features of borderline personality disorder // *Shinrigaku Kenkyu.* 2009 Feb; 79(6): 506—513
- Klonsky E.D. What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder // *J Pers Dis.* 2008 Aug; 22(4): 418—426
- Koenigsberg H., Kaplan R.D., Gilmore M.M., et al. The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2.464 patients // *Am.J. Psychiatry* 1985; 142(2): 207—212
- Korzekwa M.I., Dell P.F., Links P.S., Thabane L., Fougere P. Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look // *J Trauma Dissociation* 2009; 10(3): 346—67
- Kuba T., Yakushi T., Fukuhara H., Nakomoto Y., Singeo ST., Tanaka O., Kondo T. Suicide-related events among child and adolescent patients during short-term antidepressant therapy // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011 Apr; 65(3) 239—45
- Lai C.M., et al. Are DSM-IV-TR borderline personality disorders, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMD-III impulsive personality disorder diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? // *J Pers Dis* 2012 Aug; 16(4): 551—567
- Links P.S., Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder // *Can J Psychiatry* 2003 Jun; 48(5): 301—310
- Lyoo I.K., Youn T, Ha T.H., Park H.S., Kwon J.S. Classification of frequency distributions of diagnostic criteria scores in twelve personality disorder by the curve fitting method // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Aug; 57 (4): 417—23
- Moran P., Leese M, Lee T, Walters P, Thornicroft G, Mann A. Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder // *Br. J. Psychiatry* 2004 Jan; 184: 86

- Osono A, Takahashi S.* Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Oct; 57 (5): 532—8
- Paris J.* Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder // *Harv Rev Psychiatry* 2002 Nov-Dec; 10 (6): 315—23
- Robles-Garcia R., Torres Nabel L.C., Paex Agraz F.* // Study of translation and reliability of the Wisconsin personality disorders inventory (WISPI-IV) // *Actas Esp Psiquiatr* 2003 May-Jun; 31 (3): 133—7
- Ross C.A.* Borderline personality disorder and dissociation // *J Trauma dissociation.* 2007; 8(1): 71—80
- Rossi G., Hauben C., Van den Brande I., Sloore H.* Empirical evaluation of the MCMI-III personality disorders scale // *Psychol Rep* 2003 Apr; 92 (2): 627—42
- Sar V., Akyuz G, Kugu N., Ozturk E., Ertem-Vehid H., Axis I.* Dissociative Disorder Comorbidity in borderline personality disorder and Repots of Childhood Trauma // *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (10): 1583—1590
- Skinner N.F., Hutchinson L, Lukenda A., Drake G., Boucher J.* National personality characteristics: II Adaptation-innovation in Canadian, American, and British samples // *Psychol Rep* 2003 Feb; 92 (1): 21—2
- Swartz M., Blazer D., George L. et al.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *J Pers Disord* 1990; 4: 257—272
- Van Der Bosch L.M., Verheul R., Langelang W., Van den Brink W.* Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems // *Austr N Z J Psychiatry.* 2003 Oct; 37 (5): 549—555
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital & Community Psychiatry* 1991; 42(10): 1015—1021
- Widiger T.A.* Alternative perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder / Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives / edited by J.F. Clarkin. — The Guilford press.— New York .— 1992.—P. 89—108, 134—137
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Jager-Human S., Reich D.B., Fitzmaurice G.* The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study // *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Oct; 118(4): 291—6
- Zimmerman M., Koryell W.* DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(8); 262—269

THE QUESTIONNAIRE FOR THE DIAGNOSIS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER FORMS "A"

T.Yu. LASOVSKAJA

The paper examines the main stages of development "Questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder" form "A". Questionnaire showed the following psy-

chometric properties: Cronbach's Alpha 0,86; test-retest reliability of 0,90; sensitivity of 84%; 97% specificity. Defined internal (Construct) and external validity.

Keywords: personality disorders, borderline personality disorder, borderline personality disorder diagnosis

- Agarkov V.A.* Dissociatsiya kak mekhanizm psichicheskoi zaschity v kontexte posledstviy psichicheskoi travmy: dis. ... cand. Psychol. Nauk: 19.00.04 — zaschislena 25.12.2002: etp. 21.03.03. — M., 2002. — 201 s.
- Agarkov V.A.* Empiricheskie issledovaniya dissociatsii // Brushlinsky A.V., Dzuralvliov A.L. (red.) *Sovremennaya psichologia: sostojanie i perspektivy issledovaniy. Tezisy dokladov na jubileinoi nauchnoi konferentsii IP RAN, 28—29 janvarja 2002 g. Tom 1.* / M.: Izd-vo IP RAN. 2002. s. 242—244
- Burlachuk L.F.* Psichodiagnostika. — SPB.: Piter. — 2002. — S.151—152, 154, 156—157, 157—158, 158—159, 160, 161—162, 168
- Kaplan G.I., Sedok B.Dzh.* Klinicheskaya psichiatriya/Perevod s angl. V 2-h t. M. — Meditsina, 1998.— T1.—Str. 655—656
- Korolenko Ts.P., Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V.* Silnyie chuvstva pri vide krovi kak dopolnitelnyiy kriteriy diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva/ Aktualnyie voprosy psichiatrii i narkologii v XXI veke: tezisyy dokladov mezhhregionalnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyaschennoy 25- letiyu kafedry psichiatrii i narkologii s kursom klinicheskoy psichologii FPK i PPV GOU VPO NGMU Roszdrava (Novosibirsk, 28 maya 2008g.)/ pod red. Prof. V.L. Dresvyanikova. — Novosibirsk: Sibmedizdat; Izd-vo GNTU, 2008. — S. 62—63
- Kuper K.* Individualnyie razlichiya./ per. s angliyskogo T.M. Maryutinyo pod red. I.V. Ravich-Scherbo. — M. — Aspekt-Press. — 2000. — S. 304—306; 310—311; 315—316, 430, 431—432, 435, 436, 433—455
- Lasovskaya T.Yu.* Etapy konstruirovaniya testa: opredelenie effektivnosti zadaniy v oprosnike dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva/ Aktualnyie problemyi sovremennoy psichiatrii i psichoterapii: Tezisyy dokladov Mezhhregionalnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem "Psichicheskoe zdorove v XXI veke" 25 maya 2005 g. v g. Novosibirske. — Novosibirsk: Sibmedizdat, 2005. — S. 118—119
- Lasovskaya T.Yu., Korolenko Ts.P., Saryicheva Yu.V., Yaichnikov S.V.* Privlekatelnost tematiki smerti v klinicheskoy kartine pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva) // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. — 2010.—№ 6.—S. 31—32
- Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Egorova O.A., Artyushina M.A., Lermontov P.A.* Etapy konstruirovaniya testa. Opredelenie retestovoy nadezhnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva / "Buduschee klinicheskoy psichologii-2012". Materialy VI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii 20 aprelya 2012 g. Perm. — 2012. — S. 102—109
- Lasovskaya T.Yu., Saryicheva Yu.V., Yaichnikov S.V., Ponomarenko I.V., Zhovner I.V., Egorova O.A., Artyushina M.A., Lermontov P.A.* Oprosnik dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva: opredelenie nadezhnosti chastei testa // Meditsina i obrazovanie v Sibiri. — 2012. — № 2

- Lasovskaya T.Yu. Opredelenie chuvstvitelnosti i spetsifichnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva. // Materialy IV Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy distantsionnoy konferentsii "Sovremennaya psihologiya: teoriya i praktika" (27—28 marta 2012g.) — Moskva. — 2012. — S. 102—103
- Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Ponomarenko I.V., Zhovner I.V., Egorova O.A., Artyushina M.A., Lermontov P.A. Validizatsiya oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva: opredelenie konstruktivnoy validnosti // Meditsina i obrazovanie v Sibiri. — 2012. — № 3
- Lasovskaya T.Yu., Yaichnikov S.V., Saryicheva Yu.V. Oprosnik dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva formy "A": opredelenie teoreticheskogo konstrukta, formulirovanie zadaniy, pilotazhnoe issledovanie i standartizatsiya // Materialy mezhdunarodnoy zaочноy nauchno-prakticheskoy konferentsii "Sotsialnyie nauki i obshchestvennoe zdorove: teoreticheskie podhodyi, empiricheskie issledovaniya, prakticheskie resheniya" (20—21 aprelya 2012g.) — Penza-Moskva-Vitebsk. — 2012. — S. 76—87
- Lasovskaya T.Yu., Saryicheva Yu.V., Yaichnikov S.V. Opredelenie vneshney validnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva. // Materialy mezhdunarodnoy zaочноy nauchno-prakticheskoy konferentsii (2 aprelya 2012 goda). — Novosibirsk: Izd. "Sibirskaya assotsiatsiya konsultantov". — 2012. — S. 130—136
- Lasovskaya T.Yu., Larin A.V., Yaichnikov S.V. Opredelenie retrospektivnoy validnosti oprosnika dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroystva // Sbornik materialov Vserossiyskoy yubileynoy nauchno-prakticheskoy konferentsii "Teoreticheskie i prikladnyie problemy meditsinskoy (klinicheskoy) psihologii (k 85-letiyu Yu.F. Polyakova)", sostoyavsheysya 14—15 fevralya 2013 g. V GOU VPO "Moskovskiy gorodskoy psihologo-pedagogicheskiy universitet" i FGBU "NTsPZ" RAMN. — Moskva. 2013. — S. 77—79
- Melnikov V.M., Yampolskiy L.T. Vvedenie v eksperimentalnuyu psihologiyu lichnosti: Uchebnoe posobie dlya slushateley IPK prepodavateley ped.distsiplin un-tov i ped. in-v. — M.: Prosveschenie. — 1985. — S. 172, 186—187
- Noss I.N. Psihodiagnostika. Test, psihometriya, eksperiment (informatsionno-metodicheskiy konspekt materialov k prakticheskim zanyatiyam po psihodiagnostike i eksperimentalnoy psihologii). — M. — "Izdatelstvo "KSP", 1999. — S. 56—65, 57—59
- Nohurov B.A. Sudebno-psihiatricheskaya otsenka rasstroystv lichnosti u podekspertnyih, sovershivshih agressivnyie pravonarusheniya. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskih nauk. — M. — 2005. — S. 8—9
- Obrosov I.F. Rasstroystva lichnosti u osuzhdennyih v mestah lisheniya svobody (kliniko-dinamicheskii i mediko-sotsialnyiy podhodyi). Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni doktora meditsinskih nauk. — M. — 2004. — S. 6—9
- Petri A., Sebin K. Naglyadnaya statistika v meditsine/ Per. s angliyskogo V.P. Leona-va. — M.: GOETAR-MEDIA. — 2003. — S. 93
- Popov Yu.V., Vid V.D. Sovremennaya klinicheskaya psihiatriya. — 2000, S. 245—251; 168—169
- Shmelev A.G. Osnovy psihodiagnostiki. Uchebnoe posobie dlya studentov pedvuzov. — Moskva, Rostov-na-Donu: "Feniks", 1996. — S. 148—152

- Asnaani A., Chelminski I., Young D., Zimmerman M.* Heterogeneity of BPD: do the number of criteria met make a difference? // *J Pers.Dis.*2007; 21(6), 615—625
- Barnow S., Limberg A., Stopsack M., Spitzer C., Grabe HJ., Freyberger HJ., Hamm A.* Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder // *Psychol Med.* 2011. Nov 9: 1—12
- Cheung F.M., Kwong J.Y., Zhang J.* Clinical validation of the Chinese Personality Assessment Inventory // *Psychol Assess.* 2003 Mar; 15(1): 89—100
- Egan S., Nathan P., Lumley M.* Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting // *Aust N Z Psychiatry* 2003 Aug; 37 (4): 484—91
- Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H.* Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. // *J Consult Clin Psychol.* 2004 Feb; 72(1): 126—31
- Gunderson J.* Borderline personality disorder. A Clinical Guide. 2001.Washing-ton. — P. 9—14, 38, 39, 50—54; 55
- Hirayama Y., Sakamaki S., Tsuji Y., Sagawa T., Takayanagi N., Chiba H., Matsunaga T., Kato J., Niitsu Y.* Fatality caused by self-bloodletting in patients with facitious anemia // *Int J Hematol* 2003 Aug; 78(2): 146—148
- Kazuko T., Inoue K.* Discriminative features of borderline personality disorder // *Shinrigaku Kenkyu.* 2009 Feb;79(6): 506—513
- Klonsky E.D.* What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder // *J Pers Dis.*2008 Aug;22(4): 418—426
- Koenigsberg H., Kaplan R.D., Gilmore M.M., et al.* The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2.464 patients // *Am.J. Psychiatry* 1985; 142(2): 207—212
- Korzekwa M.I., Dell P.F., Links P.S., Thabane L., Fougere P.* Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look // *J Trauma Dissociation* 2009;10(3): 346—67
- Kuba T., Yakushi T., Fukuhara H., Nakomoto Y., Singeo ST., Tanaka O., Kondo T.* Suicide-related events among child and adolescent patients during short-term anti-depressant therapy // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011 Apr; 65(3) 239—45
- Lai C.M., et al.* Are DSM-IV-TR borderline personality disorders, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMD-III impulsive personality disorder diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? // *J Pers Dis* 2012 Aug;16(4): 551—567
- Links P.S., Gould B., Ratnayake R.* Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder // *Can J Psychiatry* 2003 Jun; 48(5): 301—310
- Lyoo I.K., Youn T., Ha T.H., Park H.S., Kwon J.S.* Classification of frequency distributions of diagnostic criteria scores in twelve personality disorder by the curve fitting method // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Aug; 57 (4): 417—23
- Moran P., Leese M., Lee T., Walters P., Thornicroft G., Mann A.* Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder // *Br. J. Psychiatry* 2004 Jan; 184: 86

- Osono A., Takahashi S.* Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders // *Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Oct; 57 (5): 532—8
- Paris J.* Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder // *Harv Rev Psychiatry* 2002 Nov-Dec; 10 (6): 315—23
- Robles-Garcia R., Torres Nabel LC., Paex Agraz F.* // Study of translation and reliability of the Wisconsin personality disorders inventory (WISPI- IV) // *Actas Esp Psiquiatr* 2003 May-Jun; 31 (3): 133—7
- Ross C.A.* Borderline personality disorder and dissociation // *J Trauma dissociation*. 2007; 8(1): 71—80
- Rossi G., Hauben C., Van den Brande I., Sloore H.* Empirical evaluation of the MCMI-III personality disorders scale // *Psychol Rep* 2003 Apr; 92 (2): 627—42
- Sar V., Akyuz G, Kugu N., Ozturk E., Ertem-Vehid H., Axis I.* Dissociative Disorder Comorbidity in borderline personality disorder and Reports of Childhood Trauma // *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (10): 1583—1590
- Skinner N.F., Hutchinson L, Lukenda A., Drake G., Boucher J.* National personality characteristics: II Adaptation-innovation in Canadian, American, and British samples // *Psychol Rep* 2003 Feb; 92 (1): 21—2
- Swartz M., Blazer D., George L. et al.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *J Pers Disord* 1990; 4: 257—272
- Van Der Bosch L.M., Verheul R., Langelang W., Van den Brink W.* Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems // *Austr N Z J Psychiatry*. 2003 Oct; 37 (5): 549—555
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital & Community Psychiatry* 1991; 42(10): 1015—1021
- Widiger T.A.* Alternative perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder / *Borderline personality disorder. Clinical and empirical perspectives* / edited by J.F. Clarkin. — The Guilford press. — New York. — 1992. — P. 89—108, 134—137
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Jager-Human S., Reich D.B., Fitzmaurice G.* The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study // *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Oct; 118(4): 291—6
- Zimmerman M., Koryell W.* DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(8); 262—269

СХЕМА-ТЕРАПИЯ ДЖ. ЯНГА — ОДИН ИЗ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

А.Б. ХОЛМОГорова

В статье анализируются последние тенденции в классификации личностных расстройств, приводятся данные об эффективности схема-терапии пограничного расстройства личности, указываются отличия схема-терапии от традиционной когнитивно-бихевиоральной терапии личностной патологии, формулируются основные принципы схема-терапии, рассматривается концептуальный аппарат схема-терапии и требования к личности терапевта, использующего этот метод.

Ключевые слова: дименсиональный и категориальный подходы, схема-терапия Дж. Янга, базовые потребности ребенка, ранние неадаптивные схемы, способы копинга, модусы схем

Клиническая психология и психиатрия вступают в новый этап своего развития, связанный с существенными изменениями в классификации DSM-V, которые обязательно окажут влияние и на грядущие изменения в международной классификации МКБ-11. Анализ личностного расстройства в DSM-V должен включать два критерия: А (элементы личностного функционирования) и В (психологические черты). Элементы личностного функционирования, в свою очередь, включают сэлф, в котором учитываются идентичность и направленность, а также межличностные элементы в форме эмпатии и интимности. По отношению к пограничному расстройству личности (ПРЛ) критерий А включает идентичность (разный уровень интегрированности идентичности), самонаправленность (стабильность целей, систем ценностей, планов в отношении карьеры). Внимание при диагностике фокусируется на недостаточной способности к эмпатии, а также на интенсивных интимных переживаниях с ранимостью и быстрой их сменой. К критерию В при ПРЛ в DSM-V отнесены следующие признаки: эмоциональная лабильность, тревожность, неуверен-

ность со страхом быть покинутым, депрессивность, импульсивность, стремление к риску, враждебность с преобладающим чувством гнева.

Принципиально важным поворотом в разработке новых международных классификаций является все больший отход от крепелиновского нозологического подхода с его выделением дискретных диагностических единиц и переход к параметрическому или так называемому дименсиональному подходу, ориентированному на оценку тяжести тех или иных нарушений, особенностей характера, эмоциональной сферы и поведения пациентов [Холмогорова, 2012]. Дименсиональный подход к патологии личности предполагает оценку тяжести нарушения параметров, укладываемых в 5 устойчивых измерений (доменов):

- выраженные проявления черт негативной эмоциональности
- выраженные проявления диссоциальных черт
- выраженные проявлениями расторможенности
- выраженные проявлениями ананкастных черт
- выраженные проявления нарушений привязанности

Таким образом, происходящий перелом в концептуализации личностной патологии связан с признанием тяжести нарушения более значимой, чем тип личности (напр., пограничный, нарциссический, гистрионный). Это не случайно, так как опыт практиков и исследователей показывает: чем более тяжелой оказывается личностная патология, оцениваемая по степени нарушений в межличностных отношениях и риску причинения вреда, тем сложнее определить тип личностного расстройства. Как констатировал в своем докладе на недавно состоявшейся в Москве научно-практической конференции «Международная классификация психических расстройств: от МКБ-10 к МКБ-11» представитель ВОЗ Дж. Рид, разработчики МКБ-11 полагают, что типы личности не имеют дифференциального значения для клинической применимости, поэтому предложения МКБ-11 в первую очередь ориентированы на классификацию по тяжести.

При всех изменениях в подходе к личностной патологии в современной науке, на сегодняшний день пограничное личностное расстройство остается самым ярким, распространенным и хорошо изученным из всех личностных расстройств. На нем отрабатывались и все известные методы психотерапии личностной патологии, ведь частота его встречаемости в клинической практике превращала это расстройство в настоящий бич для специалистов, которые длительное время были настроены очень пессимистично относительно возможности реальной помощи и значительного улучшения у этих пациентов.

В два последние десятилетия этот пессимизм стал сменяться все большим интересом к новым разработкам. Наряду с психоаналитиче-

скими моделями [Bateman, Fonagy, 2001, 2009] все большее признание получают методы когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ), а точнее интегративные подходы, стержнем которых являются идеи и модели КБТ. Схема-терапия (СТ), основанная на оригинальной модели личностной патологии, направлена на перестройку соответствующих когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей в процессе психотерапии [Young, Klosko, Weishaar, 2003]. В этом принципиальное отличие схема-терапии Дж. Янга от другого влиятельного подхода в рамках КБТ — диалектической терапии М. Лайнен, которая отводит психотерапевту более техническую роль [Лайнен, 2008]. Общее в их позициях — указание на необходимость принятия пациента таким, какой он есть, с его чувствами и проблемами и постоянная поддержка и стимуляция к позитивным изменениям в ходе терапии. Важно еще раз подчеркнуть интегративный характер этих моделей, в которых явно просматриваются идеи экзистенциально-гуманистической традиции. Понятие валидации опыта — общее для всех интегративно-ориентированных моделей личностных расстройств — занимает особое место, так как именно в непонимании и осуждении окружающими чрезмерных эмоциональных реакций, свойственных больным с ПРЛ, кроется один из важных механизмов порочного круга обид и конфликтов, который буквально взрывает межличностные отношения этих пациентов.

Схема-терапия Дж. Янга в последнее десятилетие завоевала прочную репутацию одного из самых эффективных методов лечения личностных расстройств. На настоящем этапе развития она включает в себя как общие принципы и техники лечения различных форм патологии личности, так и специфические подходы к различным типам расстройств [Jacob, Arntz, 2013]. Однако самая первая модель схема-терапии была разработана именно для лечения пограничного расстройства личности. Эта модель была специально разработана Дж. Янгом для пациентов-нореспондеров при лечении традиционными методами КБТ. Схема-терапия интегрирует идеи КБТ, теории привязанности, экзистенциально-гуманистического и психодинамического подходов.

Проведены довольно многочисленные исследования, нашедшие отражения в мета-анализах и доказавшие ее высокую эффективность в лечении ПРЛ. В 2006 году было проведено мультицентровое исследование, направленное на сопоставление эффективности психотерапии, сфокусированной на переносе (TFP) [Giesen-Bloo et al, 2006] и схема-терапии Дж. Янга. В исследовании приняли участие 81 человек, наблюдавшиеся в течении трех лет. Значительное улучшение по разным критериям было отмечено у 50% пациентов из группы схема-терапии, что

почти в два раза больше по сравнению с группой, получавшей терапию, основанную на переносе. При этом схема-терапия оказалась также более экономичным методом.

В данной статье мы рассмотрим основной концептуальный аппарат и принципы лечения личностной патологии в схема-терапии с особым акцентом на терапии ПРЛ.

Многие принципы СТ совпадают с теми, которые были выделены в традиционной КБТ терапии личностных расстройств А. Беком и А. Фриманом [Бек, Фримен, 2002].

- Внимательно следить за сменой аффекта во время сессии
- Давать объяснения всем действиям и интервенциям
- Обсуждать свои концептуализации и план лечения
- Аккуратно отзеркаливать эмоциональное состояние и проявлять заботу

- Регулярно получать обратную связь от пациента
- Поэтапно решать проблемы, лежащие в основе дистресса

Если пациент демонстрирует смену аффекта на негативный, то терапевту следует:

- Обязательно спросить про мысли относительно терапевта и терапии
 - Поощрять пациента к выражению негативных эмоций
 - Обсуждать трудности и стратегию их преодоления
- Везде, где это уместно терапевту необходимо:
- Моделировать способность извиниться и решить межличностное затруднение
 - Суммировать дисфункциональные автоматические мысли в контексте когнитивной модели
 - Помогать проверять валидность этих мыслей
 - Давать честную позитивную обратную связь

Однако специфика сехма-терапии по сравнению с традиционной КБТ личностных расстройств весьма существенна и сближает ее в определенных аспектах с психодинамическим и экзистенциально-гуманистическим подходами. Она включает прежде всего следующие особенности СТ:

- Сфокусированность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте
- Интенсивное использование экспериентальных техник, таких как техники воображения, для изменения негативных эмоций, связанных с этим опытом
- Концептуализация психотерапевтических отношений как ограниченного родительства (limited parenting) для создания условий переживания положительного опыта взаимодействия, который не получил

пациент в детстве (со всеми необходимыми этическими и профессиональными границами)

- Опора на модель схем-модусов, которая помогает терапевту и пациенту понять текущие проблемы пациента и направляет выбор терапевтических техник

Для освоения схема-терапии необходимо прежде всего хорошо овладеть ее концептуальным аппаратом, который довольно сложен и разнообразен. В основной концептуальный аппарат СТ входят три важнейших понятия:

- **Ранние неадаптивные схемы (РНС)**, сформировавшиеся в раннем опыте, представляют собой способы презентации этого опыта, определяющие эмоции, поведение и характер переработки информации в текущем опыте. Согласно модели личностной модели в СТ они возникают, когда какие-то базовые потребности ребенка не удовлетворяются

- **Способы копинга** — это совладающие стратегии, определяющие эмоциональное состояние, которое возникает после активации схемы

- **Концепт «модусы схемы»**, обозначающий определенное устойчивое на какой-то промежуток времени эмоциональное состояние, призван объяснить быструю смену настроения или наличия конфликтных желаний и идей одновременно

Дж. Янг определяет психическое здоровье как способность проявлять и удовлетворять свои базовые психологические потребности. В соответствии с этим главная задача СТ — помочь взрослому человеку встретиться со своими потребностями, которые не были удовлетворены в детстве, и способствовать их удовлетворению. Всего в СТ выделено пять базовых потребностей, каждой из которых соответствует ряд РНС:

- **Потребность в надежной привязанности** (включающей безопасность, понимание, принятие). Ей соответствуют следующие РНС: 1) заброшенности и нестабильности; 2) эбьюза/недоверия; 3) эмоциональной депривации (в форме дефицита внимания и тепла, понимания и эмпатии или руководства); 4) дефектности; 5) социальной изоляции/отчуждения;

- **Потребность в автономии, компетентности и чувстве идентичности.** Ей соответствуют РНС: 1) зависимости/некомпетентности; 2) уязвимости к вреду или болезням; 3) перемешанности/неразвитой самости; 4) обреченности на неудачу;

- **Потребность в свободе выражать свои истинные потребности и эмоции.** Ей соответствуют РНС: 1) подчинения/покорности ; 2) самопожертвования; 3) поиска одобрения и признания;

- **Потребность в спонтанности и игре.** Ей соответствуют РНС: 1) пессимизма; 2) подавления эмоций; 3) наказания;

• **Потребность в реалистичных ограничениях и самоконтроле.** Ей соответствуют РНС: 1) права/грандиозности; 2) недостаточности самоконтроля/самодисциплины; 3) отсутствия разумных ограничений.

Как уже упоминалось, к основному концептуальному аппарату СТ относится понятие модусов-схем, т.е. тех психоэмоциональных состояний, которые возникают при активации соответствующей схемы и могут легко сменять друг друга у больных ПРЛ, приводя к тем явлениям, которые Н.Мак-Вильямс метко назвала отдельными состояниями эго вместо целостного эго [Мак-Вильямс, 1998]. Модусы схем описываются четырьмя основными категориями, каждая из которых включает еще ряд подвидов:

1. **Модус «Дисфункциональный ребенок»** (когда переживаются интенсивные негативные эмоции — страх, злость, стыд, тоска, угроза) подразделяется на два подвида: 1) **уязвимый ребенок** (печаль, покинутость, беспомощность); **агрессивный** ребенок (злость, агрессия) и 2) **импульсивный ребенок** (непереносимость фрустрации)

2. **Модус «Дисфункциональный родитель»** включает также два подвида: 1) **наказывающий / критикующий родитель** и 2) **требовательный родитель**, предъявляющий нереалистично высокие стандарты

3. **Модус «Дисфункциональное совладание»** представляет собой стратегии дисфункционального совладающего поведения, среди которых выделяются: 1) **избегание** (отвлечение и успокоение посредством, например, алкоголя или самостимуляция в виде ухода в рискованное поведение); 2) **сверхкомпенсация**, в том числе в виде нарциссической грандиозности; 3) **отказ от борьбы** в форме капитуляции и подчинения своих потребностей другому лицу

4. Наконец, с психическим здоровьем связаны два модуса: 1) **«Довольный ребенок»** и 2) **«Здоровый взрослый»**

Пациенты, страдающие ПРЛ, в зависимости от обстоятельств, могут находиться в одном из следующих модусов:

• **Уязвимый/покинутый ребенок** (ему соответствуют сильные негативные эмоции тоски, тревоги)

• **Агрессивный/ импульсивный ребенок** (ему соответствуют сильные негативные эмоции злости, агрессии, агрессивные срывы)

• **Наказывающий родитель** (ему соответствуют самонаказание и самоуничтожение, самоповреждение, если это форма наказания)

• **Избегание, связанное с сильными эмоциями** (ему соответствуют социальная изоляция, использование наркотиков, алкоголя, самоповреждение, если это приносит облегчение)

• **«Здоровый взрослый» — модус слабый при ПРЛ, но представляющий собой важную опору в процессе терапии** (ему соответствуют принятие реальности и конструктивное решение проблем)

Модус «покинутый или уязвимый ребенок» требует особого внимания терапевта, с ним связаны особенно сильные негативные эмоции печали, тоски, заброшенности и одиночества. Задача терапевта преодолеть защитный модус избегания боли и тяжелых чувств, в котором чаще всего находится пациент, и помочь встретиться с этой частью, направляя процесс в трех аспектах: 1) разделить оценки себя, которые мало дифференцированы, например, «плохой» и «печальный» слиты между собой; 2) научить выражать свои потребности; 3) частично удовлетворить потребности пациента уже в процессе психотерапии.

Наибольшие трудности у психотерапевтов обычно вызывает столкновение с модусом «агрессивный/импульсивный ребенок». Легко возникающие чувства несправедливости, обделенности, также легко могут переходить в состояние патологического аффекта и антисоциальное поведение вплоть до совершения правонарушений. Этот модус предъявляет повышенные требования к способности психотерапевта выносить и контейнировать сильный негативный аффект, а также способности к установлению границ с одной стороны и валидации аффекта — с другой.

В связи с этим важно рассмотреть два базовых принципа СТ в работе с пограничными пациентами. Первый базовый принцип СТ — **принцип ограниченного родительства**, являющейся основой формирования и развития модуса здорового взрослого. Этот принцип направлен на удовлетворение базовых фрустрированных потребностей пациента. Принцип развития способности к акцептированию и удовлетворению собственных потребностей в контакте с терапевтом близок принципу корректирующего эмоционального опыта, предложенного Александером и Френчем, но в схема-терапии он связан с целевой адресацией определенным ранним неадаптивным схемам (РНС). Потребности пациента определяются терапевтом на основании знания его истории и собственных ощущений в контакте с ним. В процессе психотерапии неудовлетворенные потребности должны быть выявлены, сформулированы, систематически исследованы, валидизированы и по возможности удовлетворены. Как и хороший родитель, психотерапевт должен быть способен контейнировать сильный негативный аффект и создавать реалистичные ожидания и границы.

Второй базовый принцип СТ — это **принцип эмпатической конфронтации**. Согласно этому принципу конфронтация с дисфункциональным поведением и когнициями пациента происходит на основе эмпатии, а не критики, а это возможно только, когда терапевт хорошо понимает причины, которые толкают пациента на это поведение и мысли. Эмпатия основана на понимании, что деструктивные паттерны когда-то сы-

гнали адаптивную роль в жизни пациента и помогли его самосохранению. При эмпатической конфронтации терапевт использует понятийный аппарат СТ, т.е. вводит пациента в курс модели его расстройства и тех понятий, которые помогают описать происходящие с ним перепады настроения и срывы (понятие модусов), обилие негативных чувств и переживаний (понятие активированных РНС) и т.д.

СТ начинается с этапа диагностики, который обычно занимает 2—4 сессии и включает следующие задачи:

- Изучение деструктивных паттернов в текущей жизни пациента
- Вычленение ранних малоадаптивных схем, способов совладания и доминирующих модусов, который ответственны за эти паттерны
- Оценка темперамента пациента для определения степени влияния конституциональных аспектов и их взаимодействия с другими факторами развития (депривация, травма и т.д.)

Решение этих задач достигается с помощью трех основных методов:

- Интервью, сфокусированное на истории жизни
- Заполнение опросников
- Данные самонаблюдения

Диагностика заканчивается диаграммой когнитивной концептуализации, которая обсуждается с пациентом, с помощью чего решаются следующие задачи:

- совместное формулирование целей и кооперация с пациентом
- знакомство пациента с концептуальным аппаратом СТ
- Прояснение для пациента его неудовлетворенных эмоциональных потребностей

Терапия может продолжаться до года и более, в зависимости от тяжести проблем и слабости модуса здорового взрослого. СТ предъявляет довольно высокие требования к личности терапевта. В частности, указываются следующие важные для успеха терапии характеристики:

- Способность постоянно выявлять и чувствовать неудовлетворенные потребности
- Гибко перестраиваться и различать потребности, которые пациент может удовлетворить сам, и которые нуждаются в подключении функции ограниченного родительства (limited parenting)
- Уметь выносить и контейнировать сильный аффект
- Способность поддерживать реалистичные ожидания и адекватные границы
- Быть готовым на контакт с пациентом вне сессий в случае экстремальных обстоятельств и суицидального риска
- Использовать свой опыт и делиться им с пациентом
- Открыто выражать тепло и заботу

- Поддерживать чувство стабильности объекта у пациента с целью интернализации этого стабильного объекта и развития модуса здорового взрослого

- Не поощрять нереалистичные компенсаторные фантазии, основанные на ложной потребности поддерживать образ своего величия

Схема-терапия впитала в себя находки и открытия самых разных подходов в работе с пациентами, страдающими тяжелой личностной патологией. Соответственно терапевты, берущие этот подход на вооружение, также должны быть открыты опыту и не фиксированы на одном психотерапевтическом методе, их профессиональная идентичность должна быть достаточно гибкой и широкой одновременно. Многим российским психотерапевтам свойственна интегративная направленность, что позволяет прогнозировать успех этого подхода в России. Важно подчеркнуть, что отсутствие в нашей стране необходимой подготовки специалистов и специальных центров для больных ПРЛ и другими тяжелыми личностными расстройствами в современных структурах психиатрической и психологической помощи является большой организационной проблемой, которую еще только предстоит решать. В решении этой проблемы, несомненно, может оказать очень полезной представленная в этой статье модель психотерапии, разработанная Дж. Янгом.

ЛИТЕРАТУРА

- Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. — СПб., 2002
- Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. — М., 2008
- Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в психическом процессе. — М., 1998
- Холмогорова А.Б. Личностные расстройства // Клиническая психология. Том 2 / Холмогорова А.Б. ред. — М., 2012
- Bateman A.W., Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up // *Am. J. Psychiatry*. — 2001. — V. 158
- Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. — N.Y., 2009
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy // *Archives of General Psychiatry*. — 2006 — V. 63 — P. 649—658
- Jacob G., Arntz A. Schema Therapy for Personality Disorders — A Review // *International Journal of Cognitive Therapy*. — 2013. — V. 6(2). — P. 171—185
- Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. — N.Y., London, 2003

J. YANG'S SCHEME THERAPY — ONE OF THE MOST EFFECTIVE METHODS OF CARE FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

A.B. KHOLMOGOROVA

The article analyzes the latest trends in the classification of personality disorders, provides data on the effectiveness of the scheme therapy for borderline personality disorder, indicates differences of scheme therapy from the traditional cognitive-behavioral therapy of personality pathology, formulates the basic principles of scheme therapy, and considers conceptual apparatus of the scheme therapy and requirements to the therapist personality, using this method.

Keywords: dimensional and categorical approaches, Jhon Yang's scheme therapy, the basic needs of the child, early maladaptive schema, coping methods, modes of schemes

- Bek A., Frimen A.* Kognitivnaya psikhoterapiya rasstrojstv lichnosti. — SPb., 2002
- Lajnen M.* Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogramichnogo rasstrojstva lichnosti. — M., 2008
- Mak-Vil'yams N.* Psikhoanaliticheskaya diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v psikhicheskom protsesse. — M., 1998
- Kholmogorova A.B.* Lichnostnye rasstrojstva // Klinicheskaya psikhologiya. Tom 2 / Kholmogorova A.B. red. — M., 2012
- Bateman A.W., Fonagy P.* Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up // Am. J. Psychiatry. — 2001. — V. 158
- Bateman A., Fonagy P.* Psychotherapy for borderline personality disorder. — N.Y., 2009
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asstelt, T., et al.* Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy // Archives of General Psychiatry. — 2006 — V. 63— P. 649—658
- Jacob G., Arntz A.* Schema Therapy for Personality Disorders — A Review // International Journal of Cognitive Therapy. — 2013. — V. 6(2). — P. 171—185
- Young J., Klosko J., Weishaar M.* Schema therapy. — N.Y., London, 2003.

ФЕНОМЕН НЕОГРАНИЧЕННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ КУЛЬТУРЫ ИЛИ ПАТОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ?

М.А. КОНИНА, А.Б. ХОЛМОГорова, М.Г. СОРОКОВА

Целью данной работы явилось изучение феномена неограниченного сексуального поведения (промискуитета), как явления современной российской культуры и как одной из характеристик личностной патологии. Исследование было направлено на поиск связи между чертами пограничного расстройства личности (ПРЛ) и показателями неограниченного сексуального поведения. На специальном сайте в интернете был проведен анонимный опрос 492 человек с использованием двух методик: опросника оценки социально-сексуальных стратегий Л. Пенке (SOI-R) и шкалы дисфункциональных убеждений при ПРЛ Э. Батлера (PBQ-BPD). Методика SOI-R применялась впервые на российской выборке. Приводятся данные факторного анализа, полностью подтверждающие ее традиционную структуру. Русскоязычная версия методики PBQ-BPD была апробирована ранее (Максимов, Холмогорова, 2011), в данном исследовании была подтверждена ее факторная структура, и приводятся данные факторного анализа. Среди опрошенных 24% имели больше трех партнеров за год, 17,5% имели более 10 партнеров для одноназового секса, 50% согласились с утверждением, что «секс без любви — это нормально». Анализ показал, что 16,7% выборки демонстрируют промискуинное поведение (5 и более сексуальных партнеров в год), что близко к аналогичным показателям европейских стран. Вопреки первоначальным ожиданиям, оказалось, что процент лиц с ПРЛ среди людей, попадающих под критерий неограниченного сексуального поведения, не превышает таковой в общей популяции (2%), что, видимо, свидетельствует о ведущей роли культуральных тенденций в феномене неограниченного сексуального поведения в форме тенденции к его нормализации. Было установлено, что два фактора, характеризующие ПРЛ — фактор зависимости (отражающий страх покинутости и беспомощность) и фактор защиты (отражающий склонность к импульсивности) — противоположным образом связаны с разными фак-

торами неограниченного сексуального поведения: выраженная зависимость способствует снижению промискуинности, а выраженная импульсивность — возрастанию.

Ключевые слова: неограниченное сексуальное поведение (промискуитет), культура сексуального поведения, тенденции современной культуры, социально-сексуальные стратегии, личностная патология, пограничное расстройство личности, дисфункциональные установки, импульсивное поведение, зависимость, факторный анализ, корреляционный анализ

Сексуальное поведение и культура

В центре теории Зигмунда Фрейда лежало положение о ведущей роли подавления (ограничения) сексуальных инстинктов в происхождении неврозов и других форм психической патологии [Фрейд, 2006, 2010, 2012]. Справедливости ради надо сказать, что З. Фрейд писал об опасности для психического здоровья не только чрезмерных ограничений в удовлетворении чувственных потребностей, но и об их отсутствии. Дальнейшее исследование вопросов сексуального развития и связи проблем сексуальности с психическим здоровьем личности показало, что спектр проблем в сексуальной сфере, нормы сексуального поведения и связанные с ними формы психической патологии во многом определяются культурными нормами [Хорни, 2001, 2008, 2009; Фромм, 2012].

В разные исторические эпохи существовали разнообразные, иногда прямо противоположные проблемы, связанные с сексуальностью. В основном эти проблемы возникали на крайних полюсах культур — репрессивных, жестко ограничивающих сексуальное поведение человека, либо наоборот, перmissive, снимающих все ограничения в сексуальной сфере, отсюда и сам термин — *неограниченное сексуальное поведение (unrestricted sexual behavior)*. Истериические симптомы пациенток времен З. Фрейда были тесно связаны со строгими ограничениями сексуального поведения религиозного происхождения в Викторианскую эпоху. Репрессивные формы культур на разных исторических этапах были представлены со времен языческого мира [Кон, 1988], а в современной культуре присутствуют в мусульманских странах. Времена неограниченной сексуальной культуры, снимающей все запреты с сексуальной сферы также присутствовали на разных исторических этапах: «оргаистика» Древней Греции и Древнего Рима, сексуальная революция западной цивилизации XX века и др. Они сопутствуют кризисам общества и тесно связаны с разрушением эмоциональных связей между людьми, а также с расцветом девиантных форм сексуального поведения и с психической патологией [Перин, 2009].

На сегодняшний день сексуальная культура широко представлена на полюсе неограниченности, отсутствие ограничений все больше превращается в норму. По своему типу современная культура является «посторгаистической» [Бодрийяр, 2012, 2013] — пришедшей на смену времен полного сексуального раскрепощения («оргаистической» культуре) и демонстрирующей влияние неограниченного сексуального поведения на социальные процессы и на последующие поколения, т.е. последствия отсутствия сексуальных ограничений на длительной временной дистанции. Анализу разрушительных последствий сексуальной революции середины прошлого века для психического здоровья потомков «освободившихся» посвящены и произведения художественной литературы (см., например, книгу А. Уэльбека «Элементарные частицы»).

Неограниченное сексуальное поведения как феномен современного общества

Неограниченное сексуальное поведение в современном обществе является феноменом культуры и активно изучается социологами и психологами. В неограниченное сексуальное поведение включают: частую смену половых партнеров (промискуитет, неупорядоченные, хаотичные половые связи), раннее начало сексуальной жизни, общее большое число сексуальных партнеров [Yost, Zurbriggen, 2006]. С феноменом сексуальной неограниченности связывают многочисленные социальные феномены: разрушение института семьи и брака [Эйзлер, 2011], патологизация психики и асоциальное поведение [Перин, 2009; Уэльбек, 2011; Максимов, 2011; Максимов, Холмогорова, 2009], резкое снижение здоровья в масштабах популяций [thelancet.com, 2013]. Промискуитет вышел за рамки сексологии, и становится явлением «на стыке» наук, требующим изучения в первую очередь с точки зрения его социальных масштабов, а также исследования его влияния на личность современного человека. Тесная связь социальных и психологических феноменов была зафиксирована еще представителями социального психоанализа, а в наше время можно указать на появление новой области исследований (социальная клиническая психология) и новых изданий («Журнал социальной и клинической психологии»), в фокусе которых находятся одновременно социальные и психологические аспекты изучаемых процессов.

Характеризуя неограниченное сексуальное поведение как явление социальное, можно выделить ряд **характеристик сексуальной культуры**, поддерживающих стратегии неограниченности:

1. промискуитет является мейнстримом сексуального поведения, находится на стыке всех допустимых и желательных типов сексуальных культур (частая смена половых партнеров не противоречит ни одной из пред-

ставленных на сегодняшний день современной культурой вариаций половой нормы); *неограниченное сексуальное поведение* «мультикультурно»: в современном мире широко представлены практически все виды просексуальных сексуальных культур («апполоновская», «оргаистическая», «мистическая», «либеральная», «двойных стандартов», «либертинная» и др. — подробнее о видах сексуальных культур см. [Дерягин, 2009]);

2. *секс «отчуждается» от эмоциональной составляющей межличностного взаимодействия*, половой акт становится механистическим, «обездушенным», подчеркивается количественный аспект сексуальных связей, который приходит на смену качественному [Мэй, 2011, Корни, 2001];

3. *происходит поглощение сексуальной культуры другими типами социальных культур*: «корпоративная», «проектная философия» проникает в сексуальную сферу, что предполагает отношение к сексуальному партнеру как к «бизнес-проекту»: после того, как проект становится отработанным, он хладнокровно «закрывается» [Бондаренко, 2012].

4. *секс становится продуктом в товарообмене, проституция нормализуется и одобряется современной культурой* (журнал «Сноб» пишет о парадоксальной тенденции, когда секс становится предметом торга за внимание, время, заботу и чувства, становится проще «купить» секс за деньги, чем вступать в длительные отношения, требующие постоянных «вложений»; продажа секса за деньги героизируется: всемирно известным становится секс-блог успешной проститутки и доктора медицины Брук Магнатти (известной под псевдонимом Бель де Жур), которая совмещает написание докторской диссертацией с работой «девушки» по вызову [Жур де Б., 2012]);

5. *рушатся социальные институты, регулирующие половую жизнь, формы брака и семьи*: на 2000 год в Дании в и Швеции 52% женщин и 23% мужчин старше 65 лет живут в одиночестве, в Швеции рухнул легитимный брак (и другие цифры можно найти в главе книги [Эйзлер, 2011] «Семья, развод и блуждающие одиночки»);

6. *происходит виртуализация сексуальной культуры*: подыскать себе сексуального партнера сегодня можно не выходя из дома, в свободном доступе тысячи анкет ищущих «отношений» (а по сути сексуальных контактов) людей; электронные ресурсы, полностью посвященные подбору подходящего полового партнера, пользуются большой популярностью [mamba.ru, dating.ru];

7. *существуют связи между сексуальной либерализацией и массовым всплеском преступности и девиаций на сексуальной почве* [Перин, 2009];

8. *существуют противоречивые ментальные конструкты, связанные с сексуальным поведением* (наряду с осознанной в качестве нормы поведения сексуальной неограниченностью в культуре живут образы раннего Возрождения (и более поздних культур) о единственной любви и единственном

партнере, вплоть до смерти — «Тристан и Изольда», «Ромео и Джульетта» и т.д.), т.е. можно говорить и множественности нормативных представлений о сексуальном поведении в современном обществе (при распространенности и «мультикультурности» просексуальных тенденций, «асексуальные» культуры также представлены, в первую очередь, в мусульманских странах);

9. В последние десятилетия *сформировалась целая субкультура быстрого соблазнения для одноразового секса — pickup*. Широкое распространение получают методики быстрого соблазнения, пикап становится предметом специальных тренингов, интенсивов; сайты и форумы «соблазнитель» (<http://lover.ru/pickup> и др.), насчитывающие тысячи пользователей по всему миру, изобилуют инструкциями по перебору партнеров, поддержанию множественных сексуальных отношений, организации группового секса и т.д., что играет важную роль в распространении и популяризации сексуальной неограниченности.

Эмпирические исследования неограниченного сексуального поведения и поиск факторов выбора этой социальной стратегии начались в конце 1990-х годов и продолжаются по настоящее время. Найдены корреляции между неограниченным сексуальным поведением и такими личностными чертами, как экстраверсия и уступчивость [Wright, Reise, 1997]; выявлена связь неограниченного сексуального поведения и сексуального принуждения [Westerlund, 2010]; доказано, что у мужчин эта социальная стратегия коррелирует с более высоким уровнем сексуальной агрессии, наличием состязательных установок в сексе, и более консервативным отношением к женщине, а у женщин — с фантазиями на тему сексуального доминирования и более низким уровнем сексуальной консервативности [Yost, Zurbriggen, 2006]. Полигамный тип родительской семьи является одним из факторов выбора подростками неограниченной сексуальности в качестве социальной стратегии [Owuamanam, Bankole, 2013]. Крупнейший в истории человечества проект, посвященный исследованию социально-сексуальных стратегий (International Sexuality Description Project, проект Дэвида Смита), охватил 56 стран, 17.837 респондентов, говорящих на 30 разных языках, и 100 психологов, одновременно ведущих анонимный опрос. Наиболее высокие показатели по шкале сексуальной неограниченности получили Марокко, Финляндия, Боливия и др., самые низкие — Тайвань, Гонг-Конг, Бангладеш, Северная Корея [Schmitt, 2005] (разброс данных 19,37%). Российская выборка специальными методами на предмет феномена неограниченного сексуального поведения не обследовалась.

Сексуальное поведение и патология личности

Как уже отмечалось выше, З. Фрейд связал сексуальное поведение с психическими процессами, а подавление сексуальных инстинктов с невроза-

ми. Связь между хаотичностью половых связей и ядром личностных дисфункций отмечала К. Хорни, подчеркнувшая что «ненасытная потребность в сексуальном удовлетворении» не является только сексуальным феноменом, промискуитет, по ее мнению, может использоваться как средство ослабления тревоги, когда секс становится суррогатом эмоционального контакта [Хорни, 2008, 2009].

По мнению О. Кернберга интенсивность сексуального влечения зависит не только от влечения, как такового, но и от *аффектов*, которые могут служить мотивами влечения и смещают акцент с заботы о телесных функциях на социальное функционирование, проигрывание ролей (в эротическом желании могут быть такие составляющие, как «поиск удовольствия, направленный на объект, в который проникаешь или который проникает в тебя»; «идентификация с сексуальным возбуждением партнера и оргазмом», «чувство выхода за пределы дозволенного, преодоление запрета, присутствующего во всех сексуальных контактах») [Кернберг, 2000, С. 40—41]. Аффекты, согласно О. Кернбергу — это поведенческие паттерны, они включают когнитивную оценку и переживания — удовольствия, либо боли и отвращения. Связывая патологию личности и сексуальное поведение человека, О. Кернберг опирается на теорию объектных отношений: «патология личности определяется теми психическими структурами, которые возникают под влиянием аффективного опыта взаимодействия с ранними значимыми объектами» [Кернберг, 1998, С. 9]. Аффекты, с одной стороны, лежат в основе патологии личности, а с другой, являются «строительными блоками» влечения, его «сигналами» или «представителями». О. Кернбергу принадлежит разработка концепции нормы и патологии сексуальных отношений. В промискуинных отношениях обладание становится потребностью. П. Фоаги в своей теории психосексуального влечения [Fonagy, 2008] предлагает взгляд на психосексуальные проявления как на «пограничные», он показывает, что импульсивность испытывающего сильное сексуальное влечение, сродни чертам, которые являются определяющими для пограничных пациентов: «При хорошем сексе все мы можем оказаться в пограничном состоянии!» [Fonagy, 2008, С. 20].

Исследователи неограниченных социально-сексуальных (репродуктивных) стратегий с опорой на теорию привязанностей Дж. Боулби, полагают, что выбор таких стратегий зависит от раннего социального опыта индивида. Те люди, которые в детстве подвергаются более высокому уровню стресса, особенно интенсивному или непоследовательному воспитанию, растут в суровых средовых или тяжелых экономических условиях, раньше физически созревают и имеют тенденцию к небезопасным стилям привязанностей, впоследствии чаще развива-

ют так называемые «оппортунистические» социально-сексуальные стратегии. Неограниченное сексуальное поведение — это более варибельная репродуктивная стратегия, подразумевающая более высокий уровень готовности к возможным стрессовым нагрузкам среды [Schmitt, 2005].

Ненадежная детская привязанность, являясь одной из центральных характеристик пограничного расстройства личности, связывает это расстройство и неограниченное сексуальное поведение. Однако, опираясь на положение О. Кернберга о роли аффектов («попытка заменить теории влечений и аффектов на теорию привязанности или теорию объектных отношений, отвергающих концепцию влечений, ведет к упрощению психической жизни, подчеркивая только позитивные или либидальные элементы привязанности и игнорируя бессознательную организацию агрессии» [Кернберг, 1998, С. 19]), важно учесть сложную структуру аффективной составляющей детского опыта и включить ее в характеристику неограниченного сексуального поведения.

В современных классификаторах промискуитет является одним из критериев диагностики ПРЛ (DSM-V). Исследованы и описаны возможные механизмы формирования промискуитета у пограничной личности [Кернберг, 1998, 2000, 2012; Короленко, Дмитриева, 2006, 2010; Симулевич, 2012]:

1. Расщепление, поляризация, идеализация-обесценивание. Опыт пренебрежения в детстве («ненадежная детская привязанность») проявляется в нарушениях личностной идентичности пограничной личности, личности, ведет к проблемам в построении межличностных отношений. Центральным и, наверно, основным механизмом хаотических межличностных отношений, описанным в литературе, является «расщепление» на «только хорошее» и «только плохое». Полярное восприятие мира и значимого другого приводит к тому, что для пограничного пациента характерна смена отношений на прямо противоположное, *идеализация-обесценивание* значимого другого.

2. Страх быть покинутым — страх быть поглощенным, амбивалентность. Потребности опереться на партнера противостоит амбивалентный страх быть покинутым (а также страх поглощения, связанный с представлениями о полном контроле со стороны другого человека). Насыщенность и негативный фокус эмоциональной жизни пограничной личности приводит к быстрой смене сексуальных партнеров. При такой эмоциональной интенсивности отношения становятся невозможными на продолжительное время, при этом сохраняется потребность искать интимности и достигать ее любой ценой, даже в случайных связях.

3. Фиксация на «переходных объектах»: «переходными объектами» для пограничной личности могут являться *деструктивные формы поведения (например, случайный секс) или места для реализации случайных связей.*

4. «Эмоциональная амнезия». *Патологическая интенсивность* интерперсональной жизни (и сексуальных отношений) пограничных пациентов может быть связана с так называемой «эмоциональной амнезией»: для пограничных пациентов не существует прошлого, поэтому необходимо постоянное положительное подкрепление, негативные моменты в отношениях (на фоне отсутствия эмоциональной памяти на хорошее в прошлом) воспринимаются как крах отношений, что провоцирует разрыв отношений.

5. Эмоциональная неустойчивость, импульсивность. Пограничные пациенты в повседневной жизни часто испытывают такие чувства, которые обычные люди обнаруживают лишь в ситуации стресса. Быстрая смена настроения, неконтролируемые вспышки гнева, диффузная импульсивность, непредсказуемость (возникающие в том числе на фоне амбивалентных страхов покидания-поглощения, контроля со стороны значимого другого) могут объяснять *хаотичность, интенсивность и нестабильность интерперсональных отношений. «Сексуальный промискуитет является частью общей полиморфной перверсности сексуальной жизни, при незаторможенном, часто хаотичном сексуальном поведении»* [Кернберг, 1998, С. 85]. Возбудимость и эмоциональная лабильность ведут также к поверхностности восприятия и понимания партнера. Выбор сексуально-го партнера пограничной личности часто совершенно неадекватен.

6. Травматизация, ретравматизация. Путь «обрывания» сексуальных отношений, хаотичного перебирания партнеров, может быть одним из способов символического повторения и переработки травматического опыта (существуют эмпирические данные, свидетельствующие об опыте сексуального и физического насилия, широко распространенного среди пограничных пациентов). Обратной стороной этого механизма может быть «ретравматизация» пограничной личности. При возникновении малейшего стресса в интимной жизни у некогда испытывавшего сексуальный эбьюз возникает бурная реакция, запускающая негативные эмоции и аффекты. Пограничные пациенты демонстрируют склонность бурно реагировать даже на незначительные психотравмирующие воздействия минипсихозами — что может вести к разрыву отношений. Среди ряда причин самоповреждающего и суицидального поведения пограничной личности исследователи называют: попытки избавиться от психической боли, причиняя себе физическую, самонаказание, способ выражения гнева, способ контролировать свои чувства и др.

7. Деструктивное поведение как попытки контроля над окружающими, достижения близости со значимым другим. При этом *самоповрежде-*

ние может быть и сознательной или бессознательной попыткой контролировать своего сексуального партнера, а разрыв отношений — средством манипуляции, попыткой обратить на себя внимания или удержать партнера, вызвав у него чувство вины, когда в условиях реального или символического страдания может быть достигнута мнимая близость.

8. «Диссоциация». Диссоциативные особенности сексуальной жизни пограничной личности могут выражаться в чередовании противоречивых инфантильных сексуальных фантазий и неограниченного сексуального поведения. Уровень патологичности сексуальных отношений зависит от степени вовлеченности, промискуитет с большой долей вероятности будет сочетаться с *зависимыми и эксгибиционистскими чертами*, могут проявляться *мазохистические склонности, бисексуальное поведение*.

В отечественных исследованиях промискуитет, и его связь с пограничной патологией, рассматривался только в группах занимающихся проституцией женщин [Соколова, Ильина, 2000] и гомосексуальных юношей [Максимов, Холомогорова, 2011]. Было показано, что основным фактором вовлечения в проституцию является опыт насилия, главным образом сексуального. Среди лиц занимающихся проституцией были выявлены выраженные черты пограничного расстройства личности. Однако специальные исследования связи между неограниченным сексуальным поведением и чертами пограничного расстройства в популяционном исследовании не проводились. Такое исследование проводится впервые.

Гипотезы исследования

С опорой на эти представления нами были выдвинуты две гипотезы:

1. Тенденции социально-сексуальных стратегий в российской выборке будут схожи с тенденциями западной культуры и выражены на полюсе неограниченности

Получены и опубликованы данные о социально-сексуальных стратегиях людей 48 разных национальностей, но социально-сексуальные стратегии жителей России специальными методами не исследовались. В данной работе представлены эмпирические результаты, которые позволяют конкретизировать данные о распространенности феномена неограниченного сексуального поведения среди российских пользователей интернета.

2. Между проявлениями неограниченного (промискуинного) сексуального поведения и чертами пограничного личностного расстройства есть статистически значимые связи

Наиболее разработанные психологические теории, раскрывающие механизмы неограниченного сексуального поведения, связывают эти

механизмы с глубокой личностной патологией. В первую очередь исследователи говорят о промискуитете, как характеристике пограничного типа личности. В диагностике ПРЛ промискуитет является одним из критериев.

Методики исследования

Для проведения данного исследования нами были выбраны две основные методики.

1) Для анализа феномена промискуитета как распространенной в современном обществе формы сексуального поведения нами был выбран *опросник оценки социально-сексуальных стратегий (The revised Sociosexual Orientation Inventory (SOI-R))*, разработанный Л. Пенке, совместно с Дж. Асендорфом [larspenke.eu].

На сегодняшний день SOI-R является самым широко применимым инструментом для оценки социально-сексуальных стратегий (исходная версия опросника (SOI) применялась более чем на 14.000 респондентах 48 национальностей [Schmitt, 2005]). Методика состоит из девяти пунктов — девяти вопросов о сексуальном поведении человека, его сексуальных предпочтениях и убеждениях, связанных с сексуальным поведением. Девять шкал опросника SOI-R составляют три фактора: **SOI-Behavior/SB** (характеризует сексуальное поведение), **SOI-Attitude/SA** (характеризует убеждения, связанные с сексуальным поведением), **SOI-Desire/SD** (характеризует сексуальные предпочтения, желания, возбужденность).

Для оценки отношений с постоянным партнером мы ввели в шкалу «социально-сексуальных стратегий» три дополнительных пункта. Эти вопросы показали статистически значимую внутреннюю связь и образовали отдельную субшкалу, которая была названа нами SOI-Const (или «сексуальное постоянство», она характеризует устойчивость сексуальной связи).

Разработчики методики предлагают два вида оценки социально-сексуальных стратегий: пятиинтервальные и девятиинтервальные оценки. Для нашей работы мы выбрали девятиинтервальные, поскольку они предлагают большее количество вариантов на полюсе сексуальной неограниченности.

2) Для оценки выраженности черт пограничного расстройства личности (ПРЛ) мы использовали *шкалу дисфункциональных убеждений (PBQ-BPD)*, разработанную Э. Баглером, совместно с группой американских исследователей (Г. Браун, А. Бек и Дж. Гришэм) в 2002 году [Butler et al., 2002]. На данный момент это практически единственная методика, позволяющая оценить выраженность черт пограничной па-

тологии личности. Метод основывается на положении А. Бэка о том, что для расстройств личности являются диагностичными специфические наборы дисфункциональных убеждений.

Шкалы опросника Батлера для оценки выраженности пограничных личностных черт (PBQ-BPD) были выделены из шкал опросника личностных расстройств (PBQ) А. Бэка. На выборке из 84 пациентов с ПРЛ и 204 пациентов с другими расстройствами личности было доказано, что для пациентов с пограничным расстройством личности наиболее характерны 14 убеждений из PBQ, относящихся к зависимой, параноидной, избегающей и гистрионной шкалам. Эти убеждения отражают темы зависимости, беспомощности, недоверия, страха отвержения, покинутости страха потери эмоционального контроля. Шкала ПРЛ, созданная на основе этих убеждений, показала высокий уровень внутренней согласованности и диагностической валидности. Авторы методики полагают, что она может быть использована в диагностике ПРЛ [Butler et al., 2002]. В результате факторизации [Beck et al., 2008] опросника (PBQ-BPD) из его 14 вопросов было выявлено три основных фактора: **фактор зависимости** (отражающий убеждение, что человек беспомощен без постоянной поддержки со стороны других людей), **фактор недоверия** (ожидание предательства, эксплуатации и непорядочности со стороны других людей), **фактор защиты** (взгляд, согласно которому необходимы предупредительные шаги, чтобы предотвратить нападение, игнорирование или отвержение) [Beck et al., 2008].

Большое преимущество этой методики состоит в том, что она не громоздка и может быть использована для проведения более массовых эмпирических исследований, нежели с использованием методик, требующих ощутимых затрат временных ресурсов испытуемых. Испытуемому предлагается выбрать по каждому из 14 пунктов один из пяти возможных ответов: «совсем не согласен» — 0 баллов, «скорее согласен» — 1 балл, «и согласен, и не согласен» — 2 балла, «скорее согласен, чем нет» — 3 балла, «полностью согласен» — 4 балла.

Максимальный возможный балл по этому опроснику — 56. Средний балл по опроснику — 28. Диагностировать ПРЛ мы предположительно можем, если респондент набирает не менее 2/3 от максимального балла (то есть 37 баллов и выше) [Максимов, Холмогорова 2011]. Э. Батлер и соавторы полагают, что чем больше баллов набирает испытуемый, тем выше вероятность, что от страдает ПРЛ [Butler et al., 2002].

Надежность и валидность шкалы на российских выборках еще не проверялись. Русскоязычная версия опросника была впервые апробирована в группах юношей с гомосексуальной ориентацией, занимающихся и не занимающихся проституцией [Максимов, Холмогорова

2011], получены данные о высокой распространенности дисфункциональных убеждений по опроснику Бэка (16% среди гомосексуально ориентированных, 46% среди занимающихся проституцией гомосексуально ориентированных мужчин).

Испытуемые и процедура исследования

В исследовании участвовало 492 испытуемых (пользователи российских интернет ресурсов). Выбор интернет ресурсов для проведения исследования позволил нам увеличить выборку и широту охвата респондентов. Мы также полагаем, что проведение такого исследования в интернете было оправдано по нескольким причинам: 1) тематика опроса предполагала, что анонимное обследование окажется безопаснее для респондентов: отвечать правдиво на вопросы, связанные с сексуальной жизнью, через интернет проще; 2) обе методики нашего исследования состояли из относительно небольшого количества вопросов (12 и 14 соответственно) и по своему объему подходили для применения в интернете. При этом мы понимаем, что интернет-опрос накладывает некоторые ограничения, связанные с 1) репрезентативностью выборки (смещение в сторону более образованных, обеспеченных, жителей больших городов, пользователей интернета); 2) возможной неправильной интерпретацией вопросов; 3) дезинформацией и намеренным искажением данных (последнее ограничение мы пытались преодолеть, отсеяв ответы, в которых пользователи предоставляли неполные (ответили на предложенные вопросы выборочно) или ложные (заведомо невозможные) сведения.

Для проведения исследования был разработан и введен в работу сайт: sexpsycho.ru, где пользователям российских социальных сетей (facebook.com и vk.com) было предложено ответить на 26 вопросов, в которые вошли два опросника: SOI-R и BPQ-BPD. Всего в опросе приняло участие около 700 человек. Ответы 492 участников были отобраны и обработаны (среди них 275 человек по своему желанию оставили контакты для обратной связи, что может свидетельствовать о высокой заинтересованности участников предоставить точные данные).

Из 492 респондентов в обследовании приняли участие 235 (47,7%) мужчин и 257 (52,2%) женщин в возрасте от 18 до 55 года, средний возраст испытуемых 29 лет. Семейное положение участников: 279 (57%) человек холосты/не замужем, 76 (15,5%) состоят в гражданском, 71 (14,5%) — в официальном браке, 64 (13%) респондента не ответили на вопрос о своем семейном статусе. 335 (68%) человек не имеют детей, у 157 (32%) есть дети. Среднее образование имеют 37 (7%) участников, 142 (29%) — имеют неполное высшее образование, 313 (64%) — имеют высшее образование.

Таким образом, в обследованной выборке мужчин и женщин приблизительно равное количество. Среди участников опроса преобладают образованные люди, имеющие высшее или неполное высшее образование.

Профессиональная сфера и род занятий респондентов представлены в основном творческими и гуманитарными профессиями, а также сферой бизнеса и услуг — что, на наш взгляд, отражает общепопуляционную тенденцию.

Результаты исследования

Для проверки факторной валидности опросника SOI-R на русскоязычной выборке был проведен факторный анализ с использованием метода главных компонент и вращения факторов методом «Варимакс». В результате была получена 3-х факторная структура, что полностью соответствует версии английских разработчиков, тем самым факторная валидность подтверждается. В состав опросника «Социально-сексуальные стратегии» (SOI-R) вошли следующие факторы, интерпретированные как субшкалы: «*Сексуальное поведение*»/SOI-Behavior (вопросы 1—3), «*Сексуальные убеждения*»/SOI-Attitude (вопросы 4—6), «*Страстность*»/SOI-Desire (вопросы 7—9). Четвертая субшкала была получена нами из трех введенных в опросник дополнительных пунктов. Субшкала была интерпретирована нами как отражающая сексуальное поведение человека на полюсе постоянства и названа «*Сексуальное постоянство*» (вопросы 10—12). Распределение пунктов опросника «Социально-сексуальные стратегии» по факторам с нагрузками представлено в Таблице 1.

Таблица 1
Факторные нагрузки пунктов опросника Л. Пенке SOI-R
(с включением дополнительной субшкалы «Сексуальное постоянство»)

№ пункта в опроснике	Наименование пункта	Факторные нагрузки
SB: Сексуальное поведение		
1	Сколько сексуальных партнеров у вас было за последний год?	0,568
2	Сколько у вас было сексуальных партнеров «только на один раз»?	0,840
3	Были ли у вас сексуальные партнеры, с которыми вы не думали заводить серьезные отношения? Сколько таких партнеров было?	0,841
SA: Сексуальные убеждения		
4	Секс без любви — это нормально.	0,822
5	Я считаю, что «просто секс» с разными партнерами — это удобно и приятно.	0,788

6*	Я не лягу в постель с человеком, пока не буду уверена(-а), что у нас серьезные отношения.	0,704
SD: Страстность		
7	Часто ли вы фантазируете о сексе с человеком, который не является вашим постоянным партнером?	0,801
8	Часто ли вы возбуждаетесь, просто общаясь с человеком, который не является вашим постоянным партнером?	0,822
9	Часто ли вы фантазируете о сексе при первой встрече?	0,733
SC: Сексуальное постоянство		
10	Есть ли у вас постоянный партнер, и, если есть, сколько времени он с вами?	0,885
11	Был ли у вас когда-нибудь постоянный партнер, если да, то какова продолжительность ваших самых долгих отношений?	0,828
12*	Как часто вы ревнуете партнера, с которым находитесь в отношениях?	0,367

Примечание. Пункты, которые входят в опросник с инверсными оценками, помечены *

Факторная валидность опросника ВРQ-ВРD на русскоязычной выборке также подтвердилась.

Факторизация ВРQ-ВРD показала, что 14 вопросов дают три основных субшкалы: «зависимость» (вопросы 4—7), «недоверие» (вопросы 10—14), «защита» (вопросы 1—3, 8—9). Распределение пунктов в субшкалах соответствует варианту, предложенному разработчиками [Beck at all, 2008].

Таблица 2

Факторные нагрузки пунктов опросника Э. Батлера ВРQ-ВРD

№ пункта в опроснике	Наименование пункта	Факторные нагрузки
Зависимость		
4	Я несостоятелен и слаб.	0,710
5	Мне нужно, чтобы возле меня был кто-то, кто всегда помогал бы мне выполнять то, что мне нужно сделать, а также на случай, если произойдет что-то плохое.	0,724
6	Я беспомощен, если остаюсь один.	0,707
7	Я не могу справиться со всем, как другие.	
Недоверие		
10	Я не могу доверять другим людям.	0,545
11	Мне всегда нужно быть начеку.	0,524
12	Люди обманут и используют меня, если только я дам им шанс.	0,645

13	Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое.	0,868
14	Близкий мне человек может оказаться неверным и предать меня.	0,908
Защита		
1	Если люди узнают меня поближе, они поймут, какой я на самом деле, и отвергнут меня.	0,331
2	Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля.	0,443
3	Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их.	0,607
8	Люди причинят мне зло, если я не опережу их и не причиню зло им.	0,531
9	На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстраемальным образом.	0,569

В Таблице 3 представлены численность и доли испытуемых в общей выборке, имеющих определенные характеристики неограниченной сексуальности. Полагаем, что показатели неограниченной сексуальной активности российских пользователей интернета являются очень высокими. Наиболее высока доля испытуемых, имеющих установки в области приемлемости неограниченного сексуального поведения. Более половины от общего числа обследованных людей полагают, что секс без любви — это нормально, а сексуальные связи без серьезных отношений приемлемы. Анализируя данные Таблицы 2, можно предположить следующий механизм формирования сексуальной неограниченности как паттерна поведения: сначала (наибольшие процентные показатели) человек принимает установки о нормальности сексуального поведения, присваивает их через нормы современной культуры, затем происходит фантазирование на тему секса (средние процентные показатели от числа общей выборки), после чего промискуитет может быть принят как поведенческий паттерн.

Таблица 3

**Показатели сексуального поведения, убеждений, предпочтений
по шкалам опросника SOI-R**

Сексуальные поведение, убеждения, фантазии в шкалах опросника SOI-R	Количество человек, ответивших утвердительно	В процентах от общей выборки (N = 492)
Число партнеров за год свыше 3	119 человек	24%
Число партнеров на один раз свыше 10	86 человек	17,5%
Число партнеров на один раз свыше 20	57 человек	11,5%

Число сексуальных партнеров, с которыми не планировались серьезные отношения, свыше 10	100 человек	20%
«Секс без любви — это нормально» (скорее согласны и более высокая степень согласия)	246 человек	50%
«Просто секс» с разными партнерами — это удобно и приятно» (скорее согласны и более высокая степень согласия)	174 человека	35%
«Лягу в постель с человеком, не будучи уверен в серьезности отношений с ним» (скорее согласны и более высокая степень согласия)	327 человека	66,5%
Фантазируют о сексе с человеком, который не является постоянным партнером (раз в неделю и чаще)	171 человек	35%
Возбуждаются, общаясь с человеком, который не является постоянным партнером (раз в неделю и чаще)	78 человек	16%
Фантазируют о сексе на первой встрече (раз в неделю и чаще)	102 человека	21%

Из общего числа обследованных респондентов мы выделили тех, поведение которых может быть охарактеризовано как промискуитет (5 сексуальных партнеров в год и выше), а также установили, у скольких из обследованных может быть предположительно диагностировано пограничное расстройство личности по опроснику PBQ-PBD (более 2/3 возможных баллов по этому опроснику или >37 баллов [Максимов, Холмогорова, 2011]). Как мы видим из этой Таблицы 4, 16,7% общей выборки склонны к неограниченному сексуальному поведению, что является высоким показателем и подтверждает нашу гипотезу о распространенности неограниченного сексуального поведения в российской выборке. При этом выраженность пограничных черт в популяции условно здоровых людей можно считать низкой, близкой к нормативному значению распространенности этого расстройства в популяции. Всего 2% людей из общей выборки набирают балл, показывающий, что выраженность дисфункциональных установок, полученных по соответствующему опроснику, может быть отнесена к пограничному расстройству.

Таблица 4

**Число людей с чертами ПРЛ в выборке практикующих промискуитет,
и процент лиц с чертами ПРЛ и промискуинным поведением
в общей выборке**

Группа	Объем выборки	% от N = 492
Промискуитет (от 5 сексуальных партнеров в год)	82	16,7%
ПРЛ(>37 баллов по шкале PBQ-PBD)	11	2%

Средние баллы по ПРЛ в общепопуляционной выборке и в выборке лиц с промискуинным сексуальным поведением интересно сравнить со средними баллами по ПРЛ в группах гомосексуальных юношей [Максимов, Холмогорова, 2012] (Таблица 5). Средние значения по выборке условно здоровых людей и по выборке гомосексуальных юношей, занимающихся проституцией, отличаются более чем в 2 раза.

Таблица 5

Средние балы по шкале пограничного расстройства личности RBQ-BPD в популяционной группе, в группе лиц с неограниченным сексуальным поведением (данные настоящего исследования), в группе юношей, занимающихся проституцией, в группе юношей с гомосексуальной ориентацией (данные исследования Максимова, Холмогоровой, 2011)

В популяционной выборке, N = 492	В выборке лиц с промискуинным сексуальным поведением, N = 82	В выборке занимающихся проституцией гомосексуальных юношей, N = 25	В выборке гомосексуальных юношей, N = 25
M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
16,91	17,60	34,76	23,32
8,55	8,21	14,18	11,91

M — среднее значение

SD — стандартное отклонение

Изучение связей между неограниченным сексуальным поведением и чертами пограничного расстройства личности

Предположение о связи показателей по субшкалам неограниченного сексуального поведения с показателями по субшкалам пограничного личностного расстройства проверялась с помощью коэффициента корреляции Спирмена. По данным Таблицы 6, общие **показатели по субшкале зависимости находятся в слабой обратной статистически значимой связи с показателями по субшкалам сексуального поведения, сексуальных убеждений, индексом (общим баллом) социально-сексуальных стратегий** согласно исходной и обновленной версиям опросника SOI-R; SOI-R/New. Кроме того *слабая обратная связь* наблюдается также между **показателями по субшкале «защита»** (выраженность импульсивного поведения) опросника RBQ и **субшкале «сексуальное постоянство»** опросника SOI-R (везде $p < 0,01$).

Таким образом, высокие показатели неограниченности сексуального поведения, сексуальных установок и общей активности соци-

ально-сексуальных стратегий связаны с низкими показателями по субшкале зависимости, отражающими необходимость опоры и поддержки со стороны близкого человека. При этом высокие показатели сексуального постоянства соответствуют низким показателям импульсивного поведения.

Таблица 6

Значения коэффициентов корреляции между факторами опросника PBQ-PBD и факторами опросника SOI-R/New в общей выборке (N = 492)

Коэффициент корреляции Спирмена				
Факторы опросника SOI-R/New	Факторы опросника PBQ-PBD			
	Зависимость	Недоверие	Защита	ПРЛ
SB Сексуальное поведение	-,156**	,032	-,012	-,050
SD Страстность	-,057	,040	,087	,030
SA Сексуальные убеждения	-,193**	-,001	,057	-,042
SC Сексуальное постоянство	,049	,098*	-,060	,078
SOI-R Индекс Социально-сексуальных стратегий	-,160**	,022	,048	-,031
SOI-R/N Индекс Социально-сексуальных стратегий	-,127**	,054	,032	,001

Примечания: 1) ** — Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); 2) значение выборки — 492.

Результаты корреляционного анализа взаимосвязей отдельных пунктов тех субшкал опросника, между которыми выявлены значимые корреляции, представлены в Таблице 7. Обратим внимание на корреляции между общими индексами опросников и отдельными пунктами шкал, поскольку они являются самыми важными для раскрытия механизма связи фактора зависимости с разными параметрами неограниченной сексуальности. Общий индекс по шкале неограниченного сексуального поведения находится в обратной статистически значимой связи с вопросами: «Мне нужно, чтобы возле меня был кто-то, кто всегда помогал бы мне выполнять то, что мне нужно сделать, а также на случай, если произойдет что-то плохое»; «Я беспомощен, если остаюсь один» и «Я не могу справиться со всем, как другие», входящими в субшкалу зависимости.

Для дальнейшего анализа связей между субшкалами опросников мы выделили из общей выборки участников тех респондентов, которые набрали балл по шкале ПРЛ выше среднего по обследованной выборке.

Таблица 7

Значения коэффициентов корреляции между пунктами опросника PBQ-PBD и пунктами опросника SOI-R/New в общей выборке (N = 492)

SOI-R/New	Коэффициент корреляции Спирмена				
	PBQ-PBD				
	PBQ-4	PBQ-5	PBQ-6	PBQ-7	ПРЛ
SOI-1	,022	-,037	-,034	-,067	,021
SOI-2	-,091*	-,080	-,124**	-,127**	-,070
SOI-3	-,067	-,122**	-,170**	-,134**	-,055
SOI-4	-,123**	-,154**	-,134**	-,142**	-,085
SOI-5	-,102*	-,158**	-,142**	-,108*	-,008
SOI-6	-,043	-,152**	-,155**	-,109*	-,011
SOI-R	-,083	-,132**	-,146**	-,127**	-,031
SOI-R/N	-,080	-,072	-,113*	-,120**	,001

Примечания: 1) * — Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); ** — Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); 2) значение выборки — 492.

Проверка на нормальность показателей ПРЛ по критерию Колмогорова-Смирнова выявила значимое отклонение от нормальности ($p = 0,007$, $p < 0,01$), поэтому для выявления испытуемых, имеющих повышенные показатели по ПРЛ, выборка была разбита на 3 подгруппы. Для этого были вычислены 16 и 84 процентиля (16 и 25 баллов соответственно). Показатели выше 25 баллов мы считали превышающими норму. Это было сделано по аналогии с нормальным распределением, когда за норму принимаются показатели в интервале ($M - SD$, $M + SD$), составляющие 68% выборки, то есть по 34% выше и ниже среднего. Поскольку не все переменные, подвергнутые корреляционному анализу, имеют нормальное распределение, для поиска связей был выбран коэффициент Спирмена. Результаты корреляционного анализа показаны в Таблице 8. Показатели по субшкале «защита» находятся в слабой обратной статистически значимой связи с показателями по субшкале «сексуальное постоянство», которая отражает длительность сексуальной связи и интенсивность чувства ревности к своему постоянному партнеру ($p < 0,01$), и в прямой статистически значимой связи с общим индексом социально-сексуальных стратегий ($p < 0,05$). Таким образом, высокие показатели неограниченности сексуального поведения соответствуют высоким показателям импульсивного поведения, отражающего необходимость прерывать отношения. При этом высокие баллы по субшкале, показывающей длительность сексуальной связи, соответствуют низким баллам по субшкале импульсивного поведения, хотя тенденция и не является ярко выраженной.

Таблица 8

Значения коэффициентов корреляции между показателями по субшкалам опросника PBQ-PBD и показателями по субшкалам опросника SOI-R/New в выборке опрошенных с высокими баллами по шкале PBQ-PBD (N = 67)

Коэффициент корреляции Спирмена				
Показатели социально-сексуальных стратегий (SOI-R/New)	Показатели ПРЛ (PBQ-PBD)			
	Зависимость	Недоверие	Защита	ПРЛ
SB: Сексуальное поведение	-,037	,067	,183	,086
SD: Сексуальные предпочтения	-,037	,050	,125	,112
SA: Сексуальные убеждения	-,047	,028	,238	,060
SC: Сексуальное постоянство	-,194	-,154	-,382**	-,233
SOI-R: Индекс Социально-сексуальных стратегий	-,070	,064	,280*	,098
SOI-R/N: Индекс Социально-сексуальных стратегий	-,142	-,054	,100	-,026

Примечания: 1) * — Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); ** — Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); 2) значение выборки — 67.

Посмотрим, в каких связях находятся отдельные пункты субшкал, показавших статистически значимые связи для подвыборки испытуемых с высоким показателем ПРЛ. Как следует из Таблицы 9, длительность постоянных отношений (пункт **SC-10**) показывает обратную корреляцию с пунктами PBQ-2 («Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля») и PBQ-3 («Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их»). Общий балл по субшкале SC показывает обратную корреляцию с пунктами PBQ-3 («Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их») и PBQ-9 («На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстремальным образом»).

Таблица 9

Значения коэффициентов корреляции между показателями опросника PBQ-PBD и показателями опросника SOI-R/New в выборке опрошенных с высокими баллами по шкале PBQ-PBD (N=67)

Коэффициент корреляции Спирмена					
Показатели социально-сексуальных стратегий (SOI-R/New)	Показатели ПРЛ (PBQ-PBD)				
	PBQ-1	PBQ-2	PBQ-3	PBQ-8	PBQ-9
SOI-10	,019	-,409**	-,295*	-,094	-,225

SOI-11	-,058	-,237	-,087	-,221	-,156
SOI-12	-,352**	-,004	-,363**	-,097	-,216
SOI-SC	-,125	-,291*	-,357**	-,161	-,271*
SOI-R	,106	-,099	,218	,123	,234
Индекс CCC					
SOI-R/N	,076	-,027	,169	,160	,168
Индекс CCC					

Примечания: 1) * — Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); ** — Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); 2) значение выборки — 67.

В связи с тем что пункт SC-12, показывающий выраженность ревности в постоянной сексуальной связи, вошел в субшкалу SC с инверсными оценками, посмотрим корреляции между оценками по этому пункту до произведенной инверсии с пунктами по шкале ПРЛ, показавшими статистически значимые корреляционные связи с пунктом SC-12 (Таблица 10). Повышенные показатели по пункту SC-12 (ревность) связаны с повышенными показателями по шкале ПРЛ (выраженность черт пограничного личностного расстройства), а также с повышенными показателями по субшкале, характеризующей импульсивное поведение (защита).

Таблица 10

Значения коэффициентов корреляции между показателями ревности, сексуального постоянства, фактором защиты и его шкалами

Коэффициент корреляции Спирмена		
Показатели по шкале социально-социальных стратегий и ПРЛ	SOI-12 Ревность	SOI-SC Сексуальное постоянство
BPQ-2	,145**	-,078
BPQ-3	-,011	-,124**
Защита	,125**	-,062
BPQ-4	,185**	-,060
BPQ-5	,255**	,144**
BPQ-6	,199**	,051
BPQ-7	,141**	-,020
BPQ-10	,099*	,000
BPQ-11	,162**	,109*
BPQ-13	,044	,101*
ПРЛ	,221**	,075

Примечания: 1) * — Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); ** — Корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); 2) значение выборки — 492.

Обсуждение результатов

С помощью методики SOI-R была подтверждена гипотеза нашего исследования о смещении сексуально-социальных стратегий на полюс неограниченного сексуального поведения. Среди российских пользователей интернет-ресурсов (N = 492) около 16,7% (N = 82) практикуют промискуинное сексуальное поведение (5 и более сексуальных партнеров в год). С помощью методики PVQ-BPD мы установили, что в выборке условно здоровых российских пользователей интернета пограничные черты выражены не более, чем в общей популяции. Среди российских пользователей интернета (N = 492 человек) не более 2% (N = 11) людей, у которых можно предположить пограничное расстройство личности на основе суммы баллов соответствующего опросника. Среднее значение пограничного балла по всей выборке 16,91. Это более чем на 100% ниже в сравнении со средними баллами, полученными в выборке гомосексуальных юношей, занимающихся проституцией, и ниже средних, полученных в выборке гомосексуально ориентированных в исследовании А.М. Максимова и А.Б. Холмогоровой (2011).

В подтверждение второй гипотезы нашего исследования в выборке лиц с повышенными баллами по шкале пограничного личностного расстройства была обнаружена **прямая связь высоких баллов по шкале неограниченного сексуального поведения с высокими баллами по шкале защиты, в которую вошли пункты, отражающие возможность импульсивного прерывания отношений.** Таким образом, высокие показатели по шкале защитного/импульсивного поведения связаны с высокими баллами по шкале сексуальной неограниченности (общий балл по опроснику SOI-R). Эта связь отражает один из механизмов промискуинного сексуального поведения при пограничной патологии личности: по типу *импульсивного прерывания отношений.*

При этом в общей выборке респондентов найдены статистически значимые обратные связи между показателями по субшкале зависимость и показателями неограниченного сексуального поведения, общими индексами по субшкалам сексуальной неограниченности.

Связь факторов неограниченного сексуального поведения и показателей импульсивного поведения не является сильной. Также, как не являются сильными обратные связи между показателями по субшкале зависимость и показателями неограниченного сексуального поведения, общими индексами по субшкалам сексуальной неограниченности.

Предполагаем, что разнонаправленность факторов «импульсивность» и «зависимость», характеризующих пограничное расстройство личности, может ослаблять действие каждого из них. Это может быть еще одним из объяснений «слабой» связи между показателями каждого из этих двух

факторов с общим индексом неограниченного сексуального поведения. Импульсивное поведение «работает» на прерывание отношений и провоцирует неограниченное сексуальное поведение, тогда как «зависимость» удерживает от перебора партнеров (в том числе она может являться сдерживающим фактором и у пограничных лиц — по указанному нами механизму «амбивалентность»).

Разнонаправленность этих двух факторов внутри одной шкалы может объяснять также отсутствие явной статистически значимой связи между общими показателями по двум применяемым нами методиками.

Выводы

1. Неограниченные социально-сексуальные стратегии — это такие стратегии, при которых человек не ограничивает себя в сексуальном поведении, убеждениях и предпочтениях. По результатам исследования мы установили, **что неограниченные социально-сексуальные стратегии среди пользователей российских интернет ресурсов распространены: 16,7% от общего числа опрошенных склонны к промискуинному сексуальному поведению** (5 и более сексуальных партнеров за год).

2. В общей выборке были обнаружены значимые обратные связи между показателями стратегий неограниченного сексуального поведения и показателями фактора зависимости, который рассматривался как один из факторов пограничного личностного расстройства.

3. Анализ части выборки с показателями выше среднего по методике пограничного личностного расстройства выявил прямую значимую связь между таким показателем ПРЛ, как импульсивность, и неограниченностью сексуального поведения. Иными словами, **выявлены прямые значимые связи между показателями по шкале неограниченного сексуального поведения и показателями импульсивного поведения.**

4. Установлены обратные связи между показателями импульсивного поведения и показателями продолжительности постоянных сексуальных связей в выборке лиц, имеющих показатели по пограничному личностному расстройству выше среднего (N = 67).

5. Выявлено, что **люди с более высокими показателями по уровню ревности в постоянных отношениях, имеют более высокие показатели по шкале пограничного личностного расстройства**, а также повышенные показателями по субшкале, характеризующей импульсивное поведение (субшкала «защита»).

Заключение

В исследовании были получены результаты, подтверждающие выдвинутые гипотезы о распространенности промискуитета (неограни-

ченного сексуального поведения) как социально-сексуальной стратегии в выборке говорящих на русском языке (среди пользователей интернета). Мы также получили данные, подтверждающие наличие связи между показателями неограниченного сексуального поведения и показателями пограничного личностного расстройства, в частности между показателями импульсивного поведения и неограниченного сексуального поведения в группе лиц с повышенными баллами по шкале ПРЛ. Полученные данные кажутся нам значимыми и актуальными для дальнейшего исследования. Следующим этапом исследовательской работы может быть сравнение личностных показателей тех, кто имеет одного партнера, с показателями практикующих беспорядочное половое поведение. Лица, практикующие промискуитет как сексуально-социальную стратегию могут быть обследованы по всему спектру черт, свойственных личностным расстройствам. В первую очередь, предполагаем выявление и обследование выборки лиц с чертами нарциссического расстройства среди практикующих неограниченное сексуальное поведение.

ЛИТЕРАТУРА

- Бодрийяр Ж.* Прозрачность зла — 4-е изд. — М.: «Добросвет», «Издательство «КДУ», 2012. — 260 с.
- Бодрийяр Ж.* Символический обмен и смерть — 5-е изд. — М.: «Добросвет», «Издательство «КДУ», 2013. — 392 с.
- Бондаренко А.Ф.* Мужчины на время и мужчины навсегда. Женский журнал. 2012. № 5
- Дерягин Г.Б.* Криминальная сексология: Курс лекций для юридических факультетов. — М.: Московский университет МВД России. Издательство «Щит-М», 2009. — 552 с.
- Жур де Б.* Тайный дневник девушки по вызову / Бель де Жур; [пер. с англ. Э. Мельник]. — М.: Эксмо, 2012. — 496 с.
- Кернберг О.Ф.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. Пер. с англ. А.Ф. Ускова — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 367 с.
- Кернберг О.Ф.* Отношения любви: норма и патология / Пер. с англ. М.Н. Георгиевой. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 256 с. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 76)
- Кернберг О.Ф.* Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. — М.: Независимая фирма «Класс», 2012. — 464 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 81)
- Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студ. Учреждений высш. проф. образования / под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, М.С. Радионова, Н.В. Тарабрина. — М.: Издательский центр «Академия», 2012. — 432 с.
- Кон И.С.* Введение в сексологию. — М.: Медицина, 1988. — 320 с.

- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. — Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. — 448 с.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства, Издательство: Питер, 2010 http://mtg6.narod.ru/Books/Korolenko_lichnostnie_rasstroystva.pdf
- Максимов А.М. Психологические факторы нарушений полоролевой идентичности у подростков и юношей с асоциальным поведением: Дис. канд. психол. наук. — М.: 2011. — 161 с.
- Максимов А.М., Холмогорова А.Б. Социальные и психологические аспекты феномена мужской проституции в современной культуре // Культурно-историческая психология. — 2011. — № 1. — С. 80—89
- Мэй Р. Любовь и воля. — М.: Издательство «Винтаж», 2011 — 288 с.
- Общая сексопатология: Руководство для врачей (Г.С. Васильченко, И.Л. Ботнева, Ю.Ю. Винник и др.) / Под ред. Г.С. Васильченко. — 2 изд., перераб. и доп. — М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. — 512 с.: ил.
- Перин Р.Л. Сексуальные отношения в деградирующем обществе / Р.Л. Перин — СПб.: «АПИ», «Потаенное», 2009. — 136 с.
- Симулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. — 336 с.: илл.
- Соколова Е.Т., Ильина С.В. Роль эмоционального опыта жертв насилия для самоидентичности женщин, занимающихся проституцией // Психологический журнал. 2000. № 5. Т. 21. С. 70—81
- Стебков О.Д. Социологические опросы в интернете: возможности и ограничения. <http://ecsocman.hse.ru/text/16216573/>
- Фрейд З. Психоанализ и теория сексуальности / З. Фрейд: Пер. с нем. — М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2006. — 448 с.
- Фрейд З. Психоаналитические этюды / З. Фрейд; пер. с нем.; сост. Д.И. Донской, В.Ф. Круглянский; послесл. В.Т. Кондрашенко. — 2 изд. — Минск: «Попурри», 2010. — 608 с.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — СПб.: Питер, 2012. — 384 с. — (Серия «Мастера психологии»)
- Фром Э. Искусство любить: [пер. с англ.] / Эрих Фромм. — М. АСТ: Астрель: Полиграфиздат, 2012. — 223 с.
- Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / Пер. с англ. В.Светлова. — 2-е изд. — М.: Академический проект, 2008. — 224 с. — (Психологические технологии)
- Хорни К. Невротическая личность нашего времени / Пер. с англ. А.М. Боковинова. — 3-е изд. — М.: Академический проект, 2009. — 208 с. — (Психологические технологии)
- Хорни К. Самоанализ / Пер. с англ. под ред. А. Боковинова. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 448 с. (Серия «Психологическая коллекция»)
- Эйзлер А. Анатомия страсти / А. Эйзлер. — М.: Эксмо, 2011. — 224 с.
- Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol. 382 November 30, 2013

- Borderline personality disorder and trauma in homosexual male sex workers in Russia // The collected materials of The Regional Congress of the World Psychiatric Association on the subject of «Traditions and Innovations in Psychiatry». — Saint Petersburg, 2010
- Butler A., Brown G., Beck A., Grisam J.* Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. Behaviour research and therapy, 2002, 40
- Chapman A.L., Kim L.G.* The borderline personality disorder survival guide: everything you need to know about living with BPD, 2007. — 240 P.
- Fonagy P.* A Genuinely Developmental Theory of Sexual Enjoyment and Its Implication for Psychoanalytic Technique. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2008; 56; 11
- Framing sexual health research: adopting a broader perspective Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol. 382 November 30, 2013
- Owuamanam D.O., Bankole M.O.* Family type and attitude sexual promiscuity of adolescent students in Ekiti State, Nigeria. European Scientific Journal. June 2013, edition vol. 9, 17
- Penke L., Asendorpf J.B.* (2008). Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 95
- Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal) // www.thelancet.com Vol. 382 November 30, 2013
- Russell J., Cohn R.* Промискуитет. LENNEX Corp. 2012. — 96 с.
- Seal D.W., Agostinelli G.* Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes. Aids care, vol.6. no 4, 1994, p. 393—397
- Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol. 382 November 30, 2013
- Schmitt D.P.* Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. Behavioral and Brain Sciences, 28, 247—275, 2005
- Sunil S. Bhar, Gregory K. Brown, Aaron T. Beck.* Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 22(2), 165—177, 2008
- The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol.382 November 30, 2013
- Westerlund M., Santtila P., Johansson A., Varjonen M., Witting K., Jern P., Alanlo K., Sandnabba K.* Does unrestricted sociosexual behavior have a shared genetic basis with sexual coercion? Psychology, Crime & Law, Vol. 16, January-February 2010, 5—23
- Wright T.M., Reise S.P.* Personality and Unrestricted Sexual Behavior: Correlations of Sociosexuality in Caucasian and Asian College Students. Journal of Research in Personality, Volume 31, Issue 2, June 1997, Pages 166—192
- Yost M.R., Zurbriggen E.L.* Gender Differences in the Enactment of Sociosexuality: An Examination of Implicit Social Motives, Sexual Fantasies, Coercive Sexual

- Attitudes, and Aggressive Sexual Behavior. *The Journal of Sex Research*, Vol. 43, no 2, May 2006, pp. 163–173
- <http://www.bradley.edu/dotAsset/163308.pdf>
- <http://psyjournals.ru/kip/2011/n1/39689.shtml> / Максимов А.М., Холмогорова А.Б. Социальные и психологические аспекты феномена мужской проституции в современной культуре, *Культурно-историческая психология*, 2011, 1
- http://larspenke.eu/pdfs/Penke_Asendorpf_2008_-_SOI-R.pdf
- http://www.larspenke.eu/pdfs/Penke_in_press_-_SOI-R_chapter.pdf
- <http://sexpsycho.ru>
- <http://www.snob.ru/profile/9723/blog/58415>
- <https://www.c-changeprogram.org/content/gender-scales-compendium/pdfs/1.%20Couple%20Communication%20on%20Sex%20Scale,%20Gender%20Scales%20Compendium.pdf>
- http://en.wikipedia.org/wiki/David_P._Schmitt
- http://en.wikipedia.org/wiki/Kinsey_scale
- <http://www.midss.org/content/perceptions-love-and-sex-scale>

THE PHENOMENON OF UNRESTRICTED SEXUAL BEHAVIOR IN MODERN SOCIETY: PATHOLOGICAL CULTURE TENDENCY OR PERSONALITY PATHOLOGY?

M.A. KONINA, A.B. KHOLMOGOROVA, M.G. SOROKOVA

The aim of this work was to study unrestricted sexual behavior (promiscuity) as a phenomenon of modern Russian culture and as one of the characteristics of personality pathology. The research was aimed at discovering the link between traits of borderline personality disorder (BPD) and indicators of unrestricted sexual behavior. An anonymous survey was organized on a special website, and we examined 492 people using the following methods: Sociosexual Orientation Inventory by L. Penke (SOI-R) and the scale of dysfunctional beliefs with BPD by A. Butler (PBQ-BPD). The SOI-R method was used for the first time for a Russian sample. The data of the factor analysis fully confirmed its traditional structure. The Russian version of the PBQ-BPD method was tested previously (Maximov, Kholmogorova, 2011), this study has confirmed its factorial structure, and there is data of the factor analysis. Among the respondents, 24% had more than three partners per year, 17,5% had more than 10 "one night stand" partners, 50% agreed with the statement that "sex without love is fine." The analysis showed that 16,7% of the sample show promiscuous behavior (5 or more sexual partners per year), which is close to the level of European countries. Contrary to initial expectations, it was found that the percentage of persons with BPD among people that meet the criteria for unrestricted sexual behavior does not exceed the general

population (2%), which may indicate the leading role of cultural trends in the phenomenon of unrestricted sexual behavior as a trend to normalize it. It was found that two factors characterizing BPD — dependency factor (reflecting fears of abandonment and helplessness) and protection factor (reflecting the tendency to impulsivity) — are connected in opposite ways with different factors of unrestricted sexual behavior: expressed dependence reduces promiscuity and expressed impulsivity increases it?

Keywords: unrestricted sexual behavior (promiscuity), culture of sexual behavior, trends of modern culture, socio-sexual strategy, Sociosexual Orientation Inventory, personality pathology, borderline personality disorder, dysfunctional beliefs, impulsive behavior, dependence, factor analysis, correlation analysis

- Bodriyazh. Prozhachnost' zla* — 4-e izd. — M.: "Dobrosvet", "Izdatel'stvo "KDU", 2012. — 260 s.
- Bodriyazh. Simvolicheskiy obmen i smert'* — 5-e izd. — M.: "Dobrosvet", "Izdatel'stvo "KDU", 2013. — 392 s.
- Bondarenko A.F. Muzhchiny na vremya i muzhchiny navsegda. Zhenskij zhurnal.* 2012. № 5
- Deryagin G.B. Kriminal'naya seksologiya: Kurs lektzij dlya yuridicheskikh fakul'tetov.* — M.: Moskovskij universitet MVD Rossii. Izdatel'stvo "SHHit-M", 2009. — 552 s.
- Zhur de B. Tajnyj dnevnik devushki po vyzovu / Bel' de ZHur; [per. s angl. EH. Mel'nik].* — M.: EHkmo, 2012. — 496 s.
- Kernberg O.F. Agressiya pri rasstrojstvakh lichnosti i perversiyakh. Per. s angl. A.F. Uskova — M.: Nezavisimaya firma "Klass", 1998. — 367 s.*
- Kernberg O.F. Otnosheniya lyubvi: norma i patologiya/ Per. s angl. M.N. Georgievoj. — M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2000. — 256 s. (Biblioteka psikhologii i psikhoterapii, vyp. 76)*
- Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstrojstva: Strategii psikhoterapii / Per. s angl. M.I. Zavalova. — M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2012. — 464 s. — (Biblioteka psikhologii i psikhoterapii, vyp. 81)*
- Klinicheskaya psikhologiya: v 4 t.: uchebnik dlya stud. Uchrezhdenij vyssh. prof. obrazovaniya/ pod red. A.B. Kholmogorovoj. T. 2. Chastnaya patopsikhologiya / A.B. Kholmogorova, N.G. Garanyan, M.S. Radionova, N.V. Tarabrina. — M.: Izdatel'svij tsentr "Akademiya", 2012. — 432 s.*
- Kon I.S. Vvedenie v seksologiyu. — M.: Meditsina, 1988. — 320 s.*
- Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. Lichnostnye i dissotsiativnye rasstrojstva: rasshirenie granits diagnostiki i terapii: Monografiya. — Novosibirsk: Izdatel'stvo NGPU, 2006. — 448 s.*
- Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. Lichnostnye rasstrojstva, Izdatel'stvo: Piter, 2010*
http://mtg6.narod.ru/Books/Korolenko_lichnostnie_rasstrojstva.pdf
- Maksimov A.M. Psikhologicheskie faktory narushenij polorolevoj identichnosti u podrostkov i yunoshej s asotsial'nym povedeniem: Dis. kand. psikhol. nauk. — M.: 2011. — 161 s.*

- Maksimov A.M., Kholmogorova A.B.* Sotsial'nye i psikhologicheskie aspekty fenomena muzhskoj prostitutsii v sovremennoj kul'ture // Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya. — 2011. — № 1. — S. 80—89
- Mehj R.* Lyubov' i volya. — M.: Izdatel'stvo "Vintazh", 2011 — 288 s.
- Obshhaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachej (G.S. Vasil'chenko, I.L. Botneva, Yu.Yu. Vinnik i dr.) / Pod red. G.S. Vasil'chenko. — 2 izd., pererab. i dop. — M.: OAO "Izdatel'stvo Meditsina", 2005. — 512 s.: il.
- Perin R.L.* Seksual'nye otnoshenie v degradiruyushhem obshchestve / R.L. Perin — SPb.: "API", "Potaennoe", 2009. — 136 s.
- Simulevich A.B.* Rasstrojstva lichnosti. Traektoriya v prostranstve psikhicheskoy i somaticheskoy patologii. — M.: OOO "Izdatel'stvo "Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo", 2012. — 336 s.: ill.
- Sokolova E.T., Il'ina S.V.* Rol' ehmotSIONal'nogo opyta zhertv nasiliya dlya samoidentichnosti zhenshin, zanimayushhikhsya prostitutsiej // Psikhologicheskij zhurnal. 2000. № 5. T. 21. S. 70—81
- Stebkov O.D.* Sotsiologicheskie oprosy v internete: vozmozhnosti i ogranicheniya. <http://ecsocman.hse.ru/text/16216573/>
- Frejd Z.* Psikhoanaliz i teoriya seksual'nosti / Z. Frejd; Per. s nem. — M.: AST, Mn.: KHarvest, 2006. — 448 s.
- Frejd Z.* Psikhoanaliticheskie ehtyudy / Z. Frejd; per. s nem.; sost. D.I. Donskoj, V.F. Kruglyanskij; poslesl. V.T. Kondrashenko. — 2 izd. — Minsk: "Popurri", 2010. — 608 s.
- Frejd Z.* Vvedenie v psikhoanaliz: Lektsii. — SPb.: Piter, 2012. — 384 s. — (Seriya "Mastera psikhologii")
- From Eh.* Iskusstvo lyubit': [per. s angl.] / Ehrikh Fromm. — M. AST: Astrel': Poligrafizdat, 2012. — 223 s.
- Khorni K.* Nashi vnutrennie konflikty. Konstruktivnaya teoriya nevroza / Per. s angl. V. Svetlova. — 2-e izd. — M.: Akademicheskij proekt, 2008. — 224 s. — (Psikhologicheskie tekhnologii)
- Khorni K.* Nevroticheskaya lichnost' nashego vremeni / Per. s angl. A.M. Bokovikova. — 3-e izd. — M.: Akademicheskij proekt, 2009. — 208 s. — (Psikhologicheskie tekhnologii)
- Khorni K.* Samoanaliz / Per. s angl. pod red. A. Bokovikova. — M.: Izd-vo EHKS-MO-Press, 2001. — 448 s. (Seriya "Psikhologicheskaya kolleksiya")
- Ehizler A.* Anatomiya strasti / A. Ehizler. — M.: Ehksmo, 2011. — 224 s.
- Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol. 382 November 30, 2013
- Borderline personality disorder and trauma in homosexual male sex workers in Russia // The collected materials of The Regional Congress of the World Psychiatric Association on the subject of "Traditions and Innovations in Psychiatry". — Saint Petersburg, 2010
- Butler A., Brown G., Beck A., Grisam J.* Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. Behaviour research and therapy, 2002, 40

- Chapman A.L., Kim L.G.* The borderline personality disorder survival guide: everything you need to know about living with BPD, 2007. — 240 P.
- Fonagy P.* A Genuinely Developmental Theory of Sexual Enjoyment and Its Implication for Psychoanalytic Technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association.* 2008; 56; 11
- Framing sexual health research: adopting a broader perspective Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol.382 November 30, 2013
- Owuatanam D.O., Bankole M.O.* Family type and attitude sexual promiscuity of adolescent students in Ekiti State, Nigeria. *European Scientific Journal.* June 2013, edition vol. 9, 17
- Penke L., Asendorpf J.B.* (2008). Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology,* 95
- Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal) // www.thelancet.com Vol.382 November 30, 2013
- Russell J., Cohn R.* Promiskuitet. LENNEX Corp. 2012. — 96 s.
- Seal D.W., Agostinelli G.* Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes. *Aids care,* vol.6. no 4, 1994, r. 393—397
- Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol. 382 November 30, 2013
- Schmitt D.P.* Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating. *Behavioral and Brain Sciences,* 28, 247—275, 2005
- Sunil S. Bhar, Gregory K. Brown, Aaron T. Beck.* Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders,* 22(2), 165—177, 2008
- The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) // www.thelancet.com Vol.382 November 30, 2013
- Westerlund M., Santtila P., Johansson A., Varjonen M., Witting K., Jern P., Alanlo K., Sandnabba K.* Does unrestricted sociosexual behavior have a shared genetic basis with sexual coercion? *Psychology, Crime & Law,* Vol. 16, January-February—2010, 5—23
- Wright T.M., Reise S.P.* Personality and Unrestricted Sexual Behavior: Correlations of Sociosexuality in Caucasian and Asian College Students. *Journal of Research in Personality,* Volume 31, Issue 2, June 1997, Pages 166—192
- Yost M.R., Zurbriggen E.L.* Gender Differences in the Enactment of Sociosexuality: An Examination of Implicit Social Motives, Sexual Fantasies, Coercive Sexual Attitudes, and Aggressive Sexual Behavior. *The Journal of Sex Research,* Vol. 43, no 2, May 2006, pp. 163—173
- <http://www.bradley.edu/dotAsset/163308.pdf>

<http://psyjournals.ru/kip/2011/n1/39689.shtml> / Maksimov A.M., KHolmogorova A.B. Sotsial'nye i psikhologicheskie aspekty fenomena muzhskoj prostitutsii v sovremennoj kul'ture, Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya, 2011, 1

http://larspenke.eu/pdfs/Penke_Asendorpf_2008_-_SOI-R.pdf

http://www.larspenke.eu/pdfs/Penke_in_press_-_SOI-R_chapter.pdf

<http://sexpsycho.ru>

<http://www.snob.ru/profile/9723/blog/58415>

<https://www.c-changeprogram.org/content/gender-scales-compendium/pdfs/1.%20Couple%20Communication%20on%20Sex%20Scale,%20Gender%20Scales%20Compendium.pdf>

http://en.wikipedia.org/wiki/David_P_Schmitt

http://en.wikipedia.org/wiki/Kinsey_scale

<http://www.midss.org/content/perceptions-love-and-sex-scale>

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ЧЕРТАМИ ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА

В.А. ГОРЧАКОВА, А.Б. ХОЛМОГорова,
А.В. ПАЛИН, Л.А. АРБУЗОВА

Суицидальное поведение и высокий уровень травматического стресса являются важными критериями диагноза пограничное расстройство личности (ПРЛ), который до настоящего времени не часто используется в российской психиатрии. С помощью Эссенского опросника травматического стресса было обследовано 17 пациенток психиатрического стационара с хроническим суицидальным поведением и выраженными чертами ПРЛ. Эссенский опросник является надежным инструментом для определения частоты встречаемости разных видов травматического стресса, субъективной тяжести того или иного события и степени его влияния на последующую жизнь человека. Подавляющее большинство пациенток (82,3%) отметили наличие в их жизни событий, связанных со стрессом в интерперсональных отношениях, что является важным критерием ПРЛ. Самые высокие показатели по субъективной оценке тяжести травматического события были набраны по следующим параметрам: «интерперсональные трудности» с партнером и родственниками (35,2%), смерть близкого человека (5,8%), насильственные действия со стороны близкого человека (5,8%), сексуальное насилие (5,8%). 41% пациентов отметили, что самое тяжелое стрессогенное событие случилось больше пяти лет назад, больше половины пациентов (64,7%) считают, что пережитые травматические события существенно повлияли на их общую удовлетворенность жизнью. В ходе анализа субъективных самоотчетов о влиянии самого тяжелого травматического события в обследованной выборке у 23,5% опрошенных были выявлены симптомы ПТСР. Делается вывод о необходимости привлечения внимания отечественных специалистов к этой категории пациентов и применения в работе с ними научно обоснованных методов психотерапии, доказавших свою эффективность.

Ключевые слова: травматический стресс, пограничное расстройство личности, суицидальное поведение, интерперсональные отношения, Эссенский опросник травматического стресса, удовлетворенность жизнью

В последние годы все большее внимание исследователей и практикующих врачей занимает проблема диагностики такой нозологически сложной категории, как пограничное расстройство личности (ПРЛ). Имеется большое количество лиц, страдающих данной патологией или определенными чертами лиц с ПРЛ и не обращающихся за профессиональной помощью. Пациенты, страдающие ПРЛ, представляют проблему как для близких им людей, так для самих себя. Так, ПРЛ согласно данным Sansone [Sansone, 2001], сопровождается повышенным риском совершения суицида, занимая четвертое место как фактор риска после депрессии, шизофрении и алкоголизма: около двух третей больных сообщают о хотя бы одной суицидальной попытке в течение жизни, а для значительной части характерны множественные попытки, т.е. так называемая хроническая суицидальность. 86% из пациентов, совершивших суицидальную попытку, говорят, что причиной послужило желание уменьшить невыносимое эмоциональное напряжение [Brown, Comtois, Linehan, 2002].

В рамках МКБ-10 [ВОЗ, 1994] под пограничным типом эмоционально-неустойчивого расстройства личности (F 60.31) понимают расстройство зрелой личности, для которого свойственны ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения. При этом образ Я, намерения и внутренние предпочтения, включая сексуальные (характерное чувство внутренней опустошенности), часто непонятны или нарушены. Следует отметить такую важную характеристику ПРЛ, как склонность быть включенным в напряженные, неустойчивые отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией угроз и актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов). Согласно американской классификации DSM-4-TR (2000), ПРЛ согласно модифицированным Дж. Парис [Paris, 2005] базовым критериям, определено как распространенные паттерны нестабильности интерперсональных отношений, образа самого себя и аффекта, включающего в себя импульсивность (как правило, начинающуюся в раннем детстве), проявляющиеся в различных аспектах жизнедеятельности и соответствующие 5 и более следующим симптомам:

- аффективные, среди которых отмечают аффективную нестабильность вследствие отчетливой реактивности настроения, а также наличие безосновательной, интенсивной ярости, или трудности контроля реакций гнева, хроническое чувство внутренней пустоты;
- когнитивные — в виде транзиторных, связанных со стрессом параноидных идей, или тяжелые диссоциативные симптомы;

— поведенческие — импульсивные повторные попытки или угрозы самоубийства, импульсивность в по крайней мере двух потенциально опасных областях (например, секс, безрассудные траты, злоупотребление психоактивными веществами, кутежи и т.д.), а также неустойчивые и интенсивные межличностные отношения, характеризующиеся колебаниями между идеализацией и обесцениванием;

— интерперсональные — отчетливые попытки избегания реального или воображаемого отвержения в межличностных отношениях.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в первые годы текущего столетия, показали, что частота встречаемости ПРЛ у взрослых по разным данным составляет от 1% до 2% и сопоставима с распространенностью шизофрении [Samuels et al., 2002, Torgersen et al., 2001]. При этом были получены данные о том, что женщины болеют чаще мужчин [Skodol et al., 2002]. Однако недостатком таких исследований были малые выборки пациентов, значительные вариации диагностических критериев и недостаточный учет коморбидной патологии [Коллюцкая, 2012].

Значительные трудности для диагностики ПРЛ представляет его высокая коморбидность с другими психическим расстройствами. Так, 10—20% пациентов с ПРЛ обнаруживают признаки биполярного аффективного расстройства, 41—83% — депрессивного расстройства, 64—66% — злоупотребления психоактивными веществами, 31—48% — панического расстройства, 16—25% — обсессивно-компульсивного расстройства, 23—47% — социальной фобии, 29% — нарушений пищевого поведения [New et al., 2008]. Поскольку в анамнезе у 40—70% пациентов имели место указания на физические или сексуальные злоупотребления в детском возрасте [Негман, 1991], часто ПРЛ диагностически ошибочно рассматривают как посттравматическое стрессовое расстройство, что, соответственно, приводит к неправильным терапевтическим мероприятиям, значительно ухудшая состояние пациентов.

Высокая коморбидность ПРЛ с другими диагностическими категориями приводит к ошибкам в выборе терапевтической тактики и ведения данных пациентов, что увеличивает риск совершения суицидальных действий, а также увеличивает частоту госпитализаций в психиатрические стационары. Удельный вес пациентов с ПРЛ среди обращающихся за медицинской помощью составляет свыше 10% находящихся на амбулаторном лечении и свыше 15—20% — в стационарных медицинских учреждениях. Эти пациенты относятся к категории частых потребителей ургентной медицинской помощи и постоянных клиентов кризисных служб [Swartz et al., 1990, Torgersen et al., 2001; Widiger, Weisman, 1991].

По другим данным [Kreisman, Straus, 2004] ПРЛ составляет от 30% до 60% пациентов от всех диагностируемых по DSM-4 десяти личностных расстройств. При этом в практике, несмотря на частоту встречаемости, ПРЛ диагностируется менее, чем в 50% случаев [Короленко, Дмитриева, 2006]. Недостаточный анализ факторов, формирующих ПРЛ, также является одной из причин, затрудняющих диагностику этого личностного расстройства. Выявлен перечень факторов, на основании которых представляется возможным прогнозирование развития ПРЛ. Путем наблюдения за пациентами с ПРЛ в течение 10 и более лет были выявлены определенные жизненные события, влияющие на формирование данной личностной патологии. Ученые указывают на особую важность травматических детских переживаний, особенно физического или сексуального насилия [Холмогорова, 2012, Kreisman, Straus, 1991].

В поведении пациентов исследователи особое внимание обращают на самосаботаж, истории нарушенных отношений, частые увольнения, смены школ, разводы, повторные браки, истории болезненных брачных отношений с агрессивными лицами, злоупотребляющими алкоголем, а также отношения с контролирующими, нарциссическими лицами. Помимо этого, авторы указывают на опасное поведение, которое воспринимается как возбуждающее (злоупотребление психоактивными веществами, промискуитет, кражи, булимия, анорексия). Такие лица оказывались часто склонными к конфликтам, особенно со значимыми для них людьми, с членами семьи, сотрудниками по работе, старыми друзьями. Для них характерны лабильность самооценки, непостоянство жизненных установок, целей, планов; их жизненный путь представляется весьма неровным, изобилует неожиданными поворотами, как в социальном, так и в семейном плане [Шостакович, 2006].

Авторы выделили специфические характеристики, свидетельствующие об относительно хорошем или плохом прогнозе при ПРЛ [Kreisman, Straus, 1991]. Положительные прогностические признаки включают в себя высокий интеллект, физическую привлекательность, художественный талант, способность к самодисциплине, раннее, резкое улучшение. Вместе с тем, отрицательными прогностическими характеристиками являются: хроническая враждебность и раздражительность, наличие в истории жизни антисоциального поведения, тяжелое родительское насилие, тяжелая патологическая ревность, эксцентричное, отчужденное поведение, бедность.

М. Занарини и Ф. Франренбург [Zanarini, Franrenburg, 1997] считают, что для формирования ПРЛ необходимо сочетание психической травматизации в детстве, уязвимого (ранимого) темперамента и пусковых моментов внешней среды. Типичные для этих пациентов тяжелые жизнен-

ные истории, насыщенные травматическими событиями, требуют особого и длительного психологического сопровождения пациентов, направленного на совладание с пережитым травматическим стрессом.

М. Перре, А.П. Лайрейтер и У. Бауманн определяют «травматический стресс» как специфический класс критических событий, которым присущи следующие характеристики: они нежелательны, обладают крайней негативным воздействием по причине серьезной угрозы собственной жизни и высокой интенсивностью; их тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля; как правило, они превышают возможности совладания и чаще всего непредсказуемы. Энергия для новой адаптации требуется огромная, так как обычно эти события затрагивают не только самого индивида, но и близких ему людей, иногда — еще и материальное имущество, а при случае — социальное и личное существование в целом (например, ураган, пережитое насилие)» [Перре, Лайрейтер, Бауманн, 2007, С. 365].

В России диагноз ПРЛ ставится достаточно редко, хотя вышеперечисленные паттерны поведения типичны для пациентов, систематически госпитализирующихся в психиатрические стационары. Характерной чертой поведения данной группы пациентов являются угрозы нанесения себе физического вреда, шантаж, демонстративное поведение по отношению к значимо близким людям. Опасно легкомысленно относиться к подобным угрозам. Именно суицидальные попытки приводят таких пациентов в зону внимания психиатров, не распознавших ПРЛ. Достаточно короткая госпитализация не приводит к нужному эффекту. В сложившейся ситуации необходимо длительное бригадное сопровождение, как это происходит на Западе, например, в центре М. Лайнен в США. В России, к сожалению, подобные центры отсутствуют.

Все выше сказанное определяет актуальность научных исследований, медицинских и социальных мероприятий по улучшению выявляемости пограничного личностного расстройства и повышению эффективности помощи, оказываемой этому контингенту.

Эмпирическое исследование травматического стресса

Цель данного исследования — изучение уровня травматического стресса у группы пациентов с суицидальным поведением и выраженными чертами ПРЛ, периодически госпитализирующихся в психиатрический стационар.

В процессе исследования была обследована группа из 17 человек — пациентов, находящихся на стационарном лечении в 13 отделении психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина. Все 17 пациентов

больницы № 4 оказались на стационарном лечении, потому что: а) совершили суицидальную попытку; б) планировали осуществление суицидального действия или размышляли об этом.

В обследуемой выборке половине пациентов был поставлен диагноз ПРЛ, у половины пациентов черты ПРЛ проявлялись в виде импульсивного поведения, суицидальных мыслей или попыток самоповреждения, злоупотребления психоактивными веществами.

Таблица 1

Диагностическая характеристика пациентов исследуемой выборки

Код по МКБ 10	Диагноз	Пациенты с аффективными расстройствами, N = 17	
		N	%
F07.88	Органическое расстройство личности и поведения в связи со смешанными заболеваниями (ЧМТ + токсическое) с психопатоподобным симптомом	2	11,6
F31.6	Биполярное аффективное расстройство, смешанный тип приступа	1	5,8
F32.11	Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами	1	5,8
F33.11	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами	1	5,8
F43.20	Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная с расстройством адаптации	4	23,5
F60.302	Эмоционально-неустойчивое расстройство личности импульсивного типа, состояние декомпенсации	5	30
F60.312	Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, состояние декомпенсации с суицидальной попыткой	3	17,5

Как видно из Таблицы 1 на момент обращения суммарно 47% пациентам был поставлен диагноз эмоционально-неустойчивое расстройство личности; 41% — депрессивное расстройство разной степени тяжести и 12% — органическое расстройство личности и поведения. В группе пациенток с эмоционально-неустойчивым расстройством личности 18% имеются коморбидные расстройства: F10.242 Синдром алкогольной зависимости второй стадии — 12%; F11.30 Синдром отмены опиоидов, неосложненный — 6%; F11.242 Синдром зависимости от опиоидов второй степени — 6%.

По социодемографическим характеристикам в исследуемой выборке 35,3% (6 пациентов) составили группу от 18 до 30 лет; 35,3% (6 пациентов) — от 31 до 40 лет; 29,4% (5 пациентов) — от 41 до 46 лет. По гендерной принадлежности 94,2% — женщины, 5,8% — мужчины.

В Таблице 2 представлено распределение количества совершенных суицидальных попыток на момент обращения. У 23,5% пациентов это была первая суицидальная попытка, у 53% пациентов — повторная попытка и у 23,5% пациентов были зафиксированы многократные попытки суицидальных действий (3—4 раза).

Таблица 2

Распределение количества зафиксированных случаев суицидальных попыток в обследованной выборке (количество пациентов в %)

Попытки	Итого (N = 17)
Первый раз	23,5
Повторно	53
Многократно (3—4 раза)	23,5

Для изучения уровня травматического стресса в исследуемой выборке были использованы следующие методики:

1. Качественный анализ данных (анализ анамнезов пациентов).
2. Эссенский опросник травматических событий — Essen Trauma Inventory, разработанный немецкими коллегами [Tagay, Erim, Stoelk, Mollering, Mewes, Senf 2007].

Перевод и апробация опросника на российской выборке были осуществлены коллективом лаборатории клинической психологии и психотерапии при Московском НИИ психиатрии при поддержке сотрудников психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина [Холмогорова, Горчакова, 2013].

При изучении анамнезов пациентов исследуемой выборки было выявлено, что на момент последнего обращения 29,4% (5 пациентов) были госпитализированы в результате высказывания суицидальных намерений: навязчивые мысли о нежелании жить, шантажно-демонстративные угрозы в адрес родственников или переживание навязчивого желания причинить себе вред, спрыгнув с балкона. Среди указанных 29,4% только 5,8% (1 пациентка) была госпитализирована первый раз, остальные 23,6% пациентов до момента последней госпитализации уже совершали суицидальные действия. Другие 70,6% (12 пациентов) исследуемой выборки были госпитализированы в результате совершения суицидальных действий: нанесения самопорезов на теле, попытки отравиться таблетками.

Таблица 3

**Распределение суицидальных случаев на момент последнего обращения
(в форме суицидальной попытки в %)**

Тип суицидальной попытки	Итого (N = 17)
Суицидальные намерения	29,4
Суицидальные действия	70,6

Биологические факторы исследуемой выборки: у 35,2% пациентов были зафиксированы травмы головы разной степени тяжести: сотрясение мозга, однократные или многократные черепно-мозговые травмы в результате аварии, падения, ушибов, проявляемого насилия со стороны партнера.

Социальные факторы: у подавляющего большинства 70,5% пациентов отмечена умеренная и сильная (запой по несколько дней) степень алкоголизации, 23,5% пациентов отмечают факты употребления наркотиков, 59% опрошиваемых пациентов не имеют работы, в ряде случаев живут за счет родителей, своих сожителей.

Опираясь на данные, полученные из анамнезов пациентов, в исследуемой группе можно выделить несколько типов суицидальных паттернов. Они приводятся с примерами из историй болезней, которые из этических соображений изменены таким образом, чтобы конкретный человек не мог быть опознан.

1. Демонстративно-шантажные суицидальные действия с целью привлечения к себе внимания. Отношение к суицидальной попытке как к способу разрешения конфликтной ситуации, освобождению от фрустрированных эмоций, возможности добиться своей цели, желаемых действий со стороны значимых близких.

Р.С., 21 год, диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности в стадии декомпенсации». На фоне употребления алкоголя пациентка поссорилась с родителями, нанесла порезы на теле. По словам самой пациентки «сделала это на спор, чтобы показать родителям, что она с собой может сделать».

К.И., 35 лет, диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности пограничный тип, состояние декомпенсации с суицидальной попыткой». В течение последнего года у пациентки напряженные отношения с мужем, так как тот изменяет. На фоне алкоголизации в компании друзей, начала в отместку мужу флиртовать с другим мужчиной, получив отказ, стала агрессивной, нанесла себе самопорезы.

2. Суицидальные действия на фоне длительной социальной дезадаптации: наличие пограничных зависимых черт личности, инфантилизма,

«когнитивной депрессивной триады» (негативные мысли о самом себе, окружающих людях, своем будущем).

П.А., 32 года, диагноз «эмоционально-неустойчивое расстройство личности в стадии декомпенсации». Отец пациентки был жестким, властным, требовательным. Мать по характеру мягкая, уступчивая, гиперопекающая. Пациентка всегда боялась неодобрения со стороны отца. Впервые аутоагрессивные мысли возникли в 15 лет, когда отец сказал пациентке, что той не надо заниматься легкой атлетикой, так как она недостаточно женственна. Затем суицидальные мысли возникали при невнимании молодых людей, которые нравились пациентке, была попытка отравления таблетками. Длительное время наблюдается у психиатра. После окончания ВУЗа пациентка нашла работу, которую можно выполнять дома. Всегда чересчур требовательна к себе, малейшую ошибку трактует как «катастрофу». Поссорилась с матерью (не хотела выходить из дома в магазин за продуктами) — угрожала нанести себе порезы. Несмотря на попытки родных успокоить, пациентка оставалась возбужденной, кричала «все будет плохо, я неизлечимо больна». Будущее видит в негативном свете, винит в своем состоянии родных, говорит, что «мама совсем меня не понимает».

К.Я., 45 лет, диагноз «депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, кратковременная». С мужем развелась, проживает с сожителем, не работает в течение 10 лет, материально обеспечивается сожителем и бабушкой. В течение года отмечает ухудшение настроения в связи с тем, что зашла в тупик в отношениях с сожителем, который избивает ее, часто угрожает, манипулирует. Появилось чувство безысходности, отсутствие удовольствия от жизни, потеряла интерес к внешнему виду. Ранее, до текущего поступления на стационарное лечение, на фоне конфликта с мужем была попытка отравления таблетками, чтобы испугать мужа.

3. Суицидальные действия на фоне переживания многократных последовательных травматических событий в течение длительного периода времени при полном отсутствии или недостаточном влиянии факторов «буферов», смягчающих воздействие стрессоров на эмоциональное благополучие, изменение картины мира, ощущение угрозы витальным потребностям.

О.М. 46 лет, диагноз «рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней тяжести с соматическими симптомами». На момент последнего обращения (пятая по счету госпитализация с неоднократными суицидальными попытками) пациентка в течение шести последних лет пережила последовательно несколько травматических стрессогенных событий: потерю жилья в результате неудачного

вложения денег, смерть мужа, множественные физические травмы в результате автомобильной катастрофы. После катастрофы пациентка стала отмечать сниженный фон настроения, появились суицидальные мысли, ничего не хотела делать. Пыталась сброситься с балкона, напившись таблеток. Кроме переживаемых стрессогенных событий у пациентки значительно ухудшились отношения с родственниками: с сыном и с братом. Сын и брат отказываются идти на контакт с пациенткой, так как считают, что «в своих бедах она виновата сама». Последняя на момент госпитализации суицидальная попытка (отравление таблетками) произошла на фоне конфликтов и напряжённых отношений с родственниками. Пациентка тяжело переживает факт невозможности проживать в своей квартире, говорит о том, что «не видит дальнейших перспектив в жизни, что от всего устала, и нет сил жить».

Субъективная оценка тяжести травматического события в обследованной выборке

Первая часть опросника состоит из списка четырнадцати возможных травматических событий. В Таблице 4 представлено распределение частотности пережитых стрессогенных событий. Кроме отметки «да» или «нет» пациентам предлагалось уточнить, в каком статусе было пережито данное событие, лично или в качестве свидетеля. Также в следующем, пятнадцатом пункте, участникам опроса предоставляется возможность указать «другое травмирующее событие», если оно не было перечислено в основном списке травматических событий.

Таблица 4

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, переживших то или иное стрессогенное событие

№ п/п	Тип события	Лично	Свидетель	Лично и свидетель	Итого (N = 17)
11	Природная катастрофа (например, наводнение, ураган, землетрясение)	11,7	5,8	0	17,6
22	Тяжелый несчастный случай, пожар или взрыв (например, дорожное происшествие, несчастный случай на работе, крушение самолёта или корабля)	23,5	11,7	17,6	53
33	Тяжёлое заболевание (например, инсульт, рак, инфаркт миокарда, сложная операция)	5,8	58,8	5,8	70,5

44	Насильственные действия со стороны незнакомого человека (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)	35,2	11,7	0	47
55	Насильственное нападение со стороны человека из круга семьи или знакомых (например, нанесение телесных повреждений, ограбление, угроза огнестрельным оружием)	5,8	17,6	5,8	29,4
66	Смерть близкого человека (например, в результате несчастного случая, самоубийства, убийства)		47,0	0	47
77	Заключение (например, тюремное заключение, в качестве военнопленного)	5,8	5,8	0	11,7
88	Сексуальное насилие в детском или юном возрасте со стороны незнакомого человека (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)	17,6	0	0	17,6
99	Сексуальное насилие в детском или юном возрасте со стороны человека из круга семьи или знакомых (например, нежеланный или навязанный сексуальный акт, изнасилование)	5,8	5,8	0	11,7
110	Участие в военных действиях или пребывание на территории военных действий	0	5,8	0	5,8
111	Пытки (например, долговременное лишение сна, электрошок, попытки удушения)	5,8	0	0	5,8
112	Заброшенность, недостаток заботы (например, постоянное отвержение, недостаток родительского внимания)	23,5	5,8	5,8	35,2
113	Сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны незнакомого человека (например, изнасилование или попытка изнасилования)	35,2	0	0	35,2

114	Сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны человека из круга семьи или знакомых (например, изнасилование или попытка изнасилования)	11,7	0	0	11,7
115	Другое травмирующее событие (указать какое). Интерперсональные трудности с партнером, родственниками (развод, измена, ссора, расставание)	58,8	11,7	11,7	82,3

Из приведенных данных следует, что большинство пациентов 58,8% (коллонка «лично») и 82,3% (общее количество) отметили графу «другое травмирующее событие». В этой графе пациентам предлагалось самостоятельно назвать конкретное травмирующее событие. Из ответов пациентов следует, что самым распространенным травмирующим событием в их жизни являются события, которые условно можно обозначить как «интерперсональные трудности во взаимоотношениях»: измена мужа, развод, расставание с партнером, детско-родительские конфликты, как результат — частые ссоры или полный разрыв отношений. Наиболее стрессогенными событиями, с которыми опрашиваемые пациенты сталкивались в качестве свидетелей, были названы «тяжелое заболевание» — 58,8% и «смерть близкого человека» — 47%. Это события, которые также связаны со значимыми близкими из окружения пациентов, что полностью согласуется с критерием трудностей в интерперсональных отношениях, как основным в диагностике ПРЛ.

Далее вопросы со второй по пятую часть Эссенского опросника травматических событий сосредоточены на субъективной оценке тяжести и влияния на жизнь одного самого тяжелого травматического события. Из всех отмеченных событий в первой части предлагалось выделить одно «самое тяжелое». В Таблице 5 отражены данные о том, какое одно из всех пережитых травматических событий явилось самым тяжелым в обследованной выборке.

Таблица 5

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, выделивших то или иное событие в качестве субъективно наиболее тяжелого для них

Тип события	Распределение ответов (N = 17)
Интерперсональные трудности с партнером, родственниками (развод, измена, ссора, расставание)	35,2
Трудности в определении самого тяжелого стрессогенного события («все плохо»)	29,4

Смерть близкого человека	23,5
Насильственные действия	5,8
Сексуальное насилие	5,8

Из таблицы видно, что снова самые высокие показатели по субъективной оценке тяжести травматического события были набраны по параметру «интерперсональные трудности» с партнером, родственниками (35,2%), смерть близкого человека (5,8%), насильственные действия со стороны близкого человека (5,8%), сексуальное насилие (5,8%). Такие стрессогенные события типичны для ПРЛ. Трудности в определении самого тяжелого травматического события у 29,4% пациентов свидетельствуют об отсутствии навыка дифференцирования пережитых событий, мыслей, чувств. В этой группе пациенты отмечали сразу несколько травматических событий или же писали о том, что «все плохо», «не знают, какое событие самое тяжелое».

Например, пациентка М.К., 26 лет, написала, что «все было плохо всегда». Отвечая на опросник, отметила шесть стрессогенных событий, которые пережила лично. Среди них несчастный случай, сексуальное насилие в детском и взрослом возрасте, насильственные действия со стороны человека из круга семьи. В анамнезе пациентки отмечены ДТП, первая суицидальная попытка в 13 лет из-за «несчастной любви», измена мужа.

Данные, представленные в таблице 6, свидетельствуют об осознании пациентами фатального влияния травматического стресса на жизнь. 41% пациентов отметили, что самое тяжелое стрессогенное событие случилось «больше пяти лет назад» (см. Таблицу 6).

Таблица 6

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших ту или иную давность наиболее тяжелого стрессогенного события

Давность события	Распределение ответов (N = 17)
Меньше месяца назад	11,8
1—3 месяца назад	11,8
1—6 месяцев назад	11,8
Полгода или три года назад	11,8
3—5 лет назад	11,8
Больше пяти лет назад	41

17,7% пациентов ощущают степень тяжести пережитого стрессогенного события в текущий период жизни как «сильную» и по 5,9% пациентов как «очень сильную» и «невероятно сильную» (см. таблицу 7). Опираясь на субъективные самоотчеты пациентов, можно выдвинуть

гипотезу об отсроченном (продолженном) влиянии травматических событий на эмоциональное благополучие.

Таблица 7

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке отметивших ту или иную степень субъективной тяжести восприятия пережитого стрессогенного события в текущий период жизни

Степень тяжести	Распределение ответов (N = 17)
Совсем нет	11,8
В некоторой степени	23,5
Немного	35,2
Сильно	17,7
Очень сильно	5,9
Невероятно сильно	5,9

Больше половины пациентов 64,7% отметили, что пережитые травматические события повлияли на их «общее удовлетворение жизнью». Кроме этого, из Таблицы 8 видно, что пережитые травматические события оказали влияние на разные сферы жизни пациентов: отдых и свободное времяпрепровождение (58,8%), отношение к друзьям, коллегам, членам семьи, т.е. на фактор интерперсонального взаимодействия (47%), сексуальность (41,1%). Зарубежные и отечественные исследования также доказывают факт влияния травматических событий на изменение когнитивных представлений [Падун, Тарабрина, 2003; 2004]. Согласно концепции психической травмы Р. Янофф-Бульман у человека под воздействием травматических событий происходит изменение «базисных убеждений» о доброжелательности/ враждебности окружающего мира, ценности и значимости собственного «Я» [Тарабрина, 2012].

Таблица 8

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших наличие влияния наиболее тяжелого стрессогенного события на разные сферы жизни и наличие симптомов стрессовых расстройств в текущий период жизни

Степень тяжести	Распределение ответов (N = 17)
Общее удовлетворение жизнью	64,7
Учеба	11,7
Работа	35,2
Отношение к домашним обязанностям	47

Отдых и свободное время-препровождение	58,8
Отношение к друзьям, знакомым, коллегам	47
Отношение к членам семьи	47
Сексуальность	41,1

На основании субъективной самооценки опрашиваемых пациентов у 23,5% (4 человека) зафиксированы симптомы ПТСР¹, при этом ни у одного пациента не были выявлены симптомы ОСТР.

Таблица 9

Число испытуемых (в %) в обследованной выборке, отметивших наличие симптомов острого стрессового расстройства и ПТСР

Симптомы	Распределение ответов (N = 17)
Симптомы ПТСР	23,5

Выводы:

В исследуемой выборке больных с ПРЛ и четами ПРЛ были выявлены различающиеся суицидальные паттерны поведения: демонстративно-шантажные суицидальные действия; суицидальные действия на фоне социальной дезадаптации; суицидальные действия на фоне воздействия многократных последовательных травматических событий в течение длительного периода времени при полном отсутствии факторов буферов, смягчающих воздействие стрессоров на эмоциональное благополучие.

По критерию распространенности травматических событий для большинства опрошенных (82,3%) наиболее часто встречающиеся травматические события связаны с интерперсональными трудностями взаимодействия с партнером, родственниками. Среди таких трудностей были названы развод, измена партнера, ссора, расставание с партнером, разрыв значимых отношений с одним или несколькими членами семьи: родителями, ребенком.

¹ При обработке результатов Эссенского опросника травматических событий диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» ставится, если опрашиваемый отметил по три симптома в подшкалах «навязчивое воспроизведение», «избегание» с любым из значений «редко» — 1, «часто» — 2, «очень часто» — 3; два симптома из подшкалы «повышенная возбудимость» со значением «очень часто» — 3 и три симптома из подшкалы «диссоциации» со значением «очень часто» — 3. По продолжительности симптоматики, с момента травматического события должно пройти минимум один месяц. Также должно быть отмечено влияние травматического события на психосоциальное функционирование.

По частоте распространенности стрессогенных событий, которые пациенты опрашиваемой выборки пережили лично, были выделены следующие типы событий: насильственные действия со стороны незнакомого человека (35,2%); сексуальное насилие во взрослом возрасте со стороны незнакомого человека (35,2%); тяжелый несчастный случай (23,5%); заброшенность, недостаток заботы (23,5%).

Субъективно наиболее тяжелые травматические события могут оказывать как незамедлительное, так и отсроченное пролонгированное воздействие, которое, по мнению участников исследования, влияет на общее удовлетворение жизнью (64,7%), отдых и свободное времяпрепровождение (58,8%), интерперсональные связи: отношение к друзьям, коллегам, знакомым, членам семьи (47%), отношение к домашним обязанностям (47%) и сексуальность (41,1%).

В ходе анализа субъективных самоотчетов о влиянии самого тяжелого травматического события в обследованной выборке у 23,5% опрашиваемых были выявлены симптомы ПТСР.

Многочисленные травмы, пережитые в детстве, молодом возрасте воссоздаются по механизму ретравматизации в более зрелом возрасте. Пациенты вновь и вновь воспроизводят травматические паттерны. Для того, чтобы разорвать порочный круг необходима работа по переработке травматического опыта и целенаправленная перестройка паттернов интерперсональных отношений в настоящем. Методы, предложенные М. Лайнен [Лайнен, 2008] по преодолению эмоциональной дисрегуляции, схема-терапия Д. Янга, направленная на перестройку интерперсональных отношений путем осознания детской травмы, когнитивно-аналитическая психотерапия Д. Мак-Каллоу [Мак-Каллоу, 2003], основанная на ситуационном анализе, требуют пристального изучения отечественными специалистами и внедрения в системы помощи пациентам с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

- Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10 пересмотр). СПб, «Оверлайд», 1994. С. 201—202
- Колоцкая Н.М.* Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 2. С. 2—3
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. С. 121—153
- Лайнен М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства. М.: Вильямс, 2008. 592 с.

- Мак-Каллоу Д. Лечение хронической депрессии: Методы когнитивно-поведенческой терапии. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 368 с.
- Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психологический журнал. 2004. — № 5. С. 5—15
- Падун М., Тарабрина Н. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121—140
- Перре М., Лайрейтер А.П., Бауманн У. Стресс и копинг как факторы влияния: Гл. 17 // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманн. СПб.: Питер, 2007. С. 358—392
- Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР): Гл. 5 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой. Т. 2. Частная патопсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С. 229—269
- Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
- Холмогорова А.Б. Личностные расстройства: Гл. 6 // Клиническая психология: В 4 т. / Под ред. А.Б. Холмогоровой: Т. 2. Частная патопсихология. М.: Издательский центр «Академия», 2012. С.270—323
- Холмогорова А.Б., Горчакова В.А. Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация Эссенского опросника травматических событий // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. — С. 120—137
- Шостакович Б.В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике. М.:Издательство МБА, 2006. С. 102—128
- American Psychiatric Association 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158(Suppl): 1—52
- American Psychiatric Association. (2002). Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002. Washington, DC
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980
- Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M. Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // J Abnorm. Psychol. 2002. Feb., 111(1). PP. 198—202
- Erim Y., Morawa E., Ozdemir D.F., Senf W. Prevalenz, Komorbiditat und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund [Prevalence, comorbidity and severity of psychosomatic disorders in outpatients with Turkish migration background] // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [Psychother Psychosom Med Psychol]. 2011. Nov; Vol. 61 (11). PP. 472—480. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22081466 &lang=ru&site=ehost-live>
- Herman J: Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992

- Kreisman J., Straus H* I Hate you-Dont Leave Me: Understanding the Borderline Personality. New York: Avon Books, 2001. PP. 31—32
- Kreisman J., Straus H., Sometimes J.* Act Crazy. Hoboken. J.Wiley, 2004
- New A.S., Triebwasser J., Charney D.S.* The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. // *Biological Psychiatry*. 2008. V. 64. PP. 653—659
- Paris J.* Borderline personality disorder // *Canadian Medical Association Journal*. 2005. V. 172 (12). PP. 1579—1583
- Samuels J., Eaton WW., Bienvenu J., Clayton P., Brown H., Costa PT.* Prevalence and correlation of personality disorders in a community sample // *Br. J. Psychiatry*. 2002. V 180. PP. 936—950
- Skodol A.F., Gunderson J.G., Pfohl B., Wiliger T.A., Liversley WJ., Siever I.J.* The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure // *Biol. Psychiatry*. 2002. V. 51. PP. 936—950
- Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // *Journal of Personality Disorders*. 1990. V. 4. PP. 257—272
- Tagay S., Arntzen E., Mewes R., Senf W.* Zusammenhang zwischen dem Tod wichtiger Bezugspersonen und posttraumatischer Belastungsstörung: [Correlation between death of important relatives and posttraumatic stress disorder] // *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie [Psychosom Med Psychother]*. 2008. Vol. 54 (2). PP. 164—173. English Abstract [http:// search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live)
- Torgersen S., Kringlen E., Cramer V.* The prevalence of personality disorders in community sample. *Arch.Gen.Psychiatry*, 2001., V. 58. PP. 416—425
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // *Hospital and Community Psychiatry*. 1991. Vol. 42. PP. 1015—1021
- Zanarini M., Frankenburg F., DeLuca C. et al.* The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder // *Harvard Review of Psychiatry*. 1997.Vol. 6(4). PP. 201—207

TRAUMATIC STRESS IN PATIENTS WITH CHRONIC SUICIDAL BEHAVIOR AND CHARACTERISTICS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

*V.A. GORCHAKOVA, A.B. KHOLMOGOROVA, A.V. PALIN,
L.A. ARBUZOVA*

Suicidal behavior and a high level of traumatic stress are important criteria for the diagnosis of borderline personality disorder (BPD) — a diagnosis which is not often used in Russian psychiatry. 17 psychiatric hospital patients with chronic suicidal behavior and expressed features of BPD were examined using the Essen Trauma Inventory. The Essen Trauma Inventory is a reliable tool for determining the occurrence frequency of different types of traumatic stress, subjective severi-

ty of the event and the extent of its influence on the person's future life. The vast majority of patients (82,3%) noted that events associated with stress in interpersonal relationships were present in their lives, which is an important criteria for BPD. The highest metrics on the subjective assessment of the severity of the traumatic event were seen for following parameters: "interpersonal difficulty" with partner and relatives (35,2%), death of a significant other (5,8%), violent actions from a significant other (5,8%), and sexual abuse (5,8 percent). 41% of patients noted that the most stressful event happened more than five years ago, more than half of patients (64,7%) believe that the traumatic event they experienced had a significant impact on their overall life satisfaction. The analysis of subjective self-reports on the impact of the most severe traumatic events revealed that 23,5% of respondents from the surveyed sample had symptoms of PTSD. The authors conclude that it is necessary to draw the attention of national experts to this category of patients as well as apply scientifically valid methods of psychotherapy that have proven effective when working with them.

Keywords: traumatic stress, borderline personality disorder, suicidal behavior, interpersonal relationships, Essen Trauma Inventory, satisfaction with life

- Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10 peresmotr). SPb, "Overlajd", 1994. S. 201—202
- Kolyutskaya N.M. Pograničnoe rasstrojstvo lichnosti: voprosy diagnostiki i terapii // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstrojstv. 2012. № 2. S. 2—3
- Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. Lichnostnye i dissotsiativnye rasstrojstva :rasshirenie granits diagnostiki i terapii: Monografiya. Novosibirsk: Izdatel'stvo NGPU, 2006. S. 121—153
- Lajnen M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pograničnogo rasstrojstva. M.: Vil'yams, 2008. 592 s.
- Mak-Kallou D. Lechenie khronicheskoy depressii: Metody kognitivno-povedencheskoj terapii. Sankt-Peterburg: Rech', 2003. 368 s.
- Padun M.A., Tarabrina N.V. Kognitivno-lichnostnye aspekty perezhivaniya travmaticheskogo stressa // Psikhologicheskij zhurnal. 2004. — № 5. S. 5—15
- Padun M., Tarabrina N. Psikhicheskaya travma i bazisnye kognitivnye skhemy lichnosti // Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurnal. 2003. № 1. S. 121—140
- Perre M., Lajrejtser A.-P., Baumann U. Stress i koping kak faktory vliyaniya: Gl. 17 // Klinicheskaya psikhologiya / Pod red. M. Perre, U. Baumann. SPb.: Piter, 2007. C. 358—392
- Tarabrina N.V. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (PTSR): Gl. 5 // Klinicheskaya psikhologiya: V 4 t. / Pod red. A.B. KHolmogorovoj. T. 2. CHastnaya patopsikhologiya. M.: Izdatel'skij tsentr "Akademiya", 2012. S. 229—269
- Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: Teoriya i praktika. — M.: Izd-vo "Institut psikhologii RAN", 2009. 304 s.
- Kholmogorova A.B. Lichnostnye rasstrojstva: Gl. 6 // Klinicheskaya psikhologiya: V 4 t. / Pod red. A.B. KHolmogorovoj. T. 2. CHastnaya patopsikhologiya. M.: Izdatel'skij tsentr "Akademiya", 2012. S. 270—323

- Kholmogorova A.B., Gorchakova V.A.* Traumatisches Stress i ego vliyanie na sub"ektivnoe blagopoluchie i psikhicheskoe zdorov'e: aprobatsiya EHssenskogo oprosnika travmaticheskikh sobytij // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013. № 3. — С. 120—137
- Shostakovich B.V.* Rasstrojstva lichnosti (psikhopatii) v sudebno-psikhiatricheskoj praktike. M.:Izdatel'stvo MBA, 2006. S. 102—128
- American Psychiatric Association 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Text revision. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 2001; 158(Suppl): 1—52
- American Psychiatric Association. (2002). Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2002. Washington, DC
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980
- Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M.* Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder // J Abnorm. Psychol. 2002. Feb., 111(1). PP. 198—202
- Erim Y., Morawa E., Ozdemir D.F., Senf W.* Pravalenz, Komorbiditat und Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen bei ambulanten Patienten mit türkischem Migrationshintergrund [Prevalence, comorbidity and severity of psychosomatic disorders in outpatients with Turkish migration background] // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie [Psychother Psychosom Med Psychol]. 2011. Nov; Vol. 61 (11). PP. 472—480. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22081466&lang=r u&site=ehost-live>
- Herman J.* Trauma and Recovery. New York, Basic Books, 1992
- Kreisman J., Straus H* I Hate you-Dont Leave Me: Understanding the Borderline Personality. New York: Avon Books, 2001. PP. 31—32
- Kreisman J., Straus H., Sometimes J.* Act Crazy. Hoboken. J. Wiley, 2004
- New A.S., Triebwasser J., Charney D.S.* The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. // Biological Psychiatry. 2008. V. 64. PP. 653—659
- Paris J.* Borderline personality disorder // Canadian Medical Association Journal. 2005. V. 172 (12). PP. 1579—1583
- Samuels J., Eaton WW., Bienvenu J., Clayton P., Brown H., Costa PT.* Prevalence and correlation of personality disorders in a community sample // Br. J. Psychiatry. 2002. V 180. PP. 936—950
- Skodol A.F., Gunderson J.G., Pfohl B., Wiliger T.A., Liversley WJ., Siever I.J.* The borderline diagnosis: psychopathology, comorbidity, and personality structure // Biol. Psychiatry. 2002. V. 51. PP. 936—950
- Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I.* Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // Journal of Personality Disorders. 1990. V. 4. PP. 257—272
- Tagay S., Arntzen E., Mewes R., Senf W.* Zusammenhang zwischen dem Tod wichtiger Bezugspersonen und posttraumatischer Belastungsstörung: [Correlation between

- death of important relatives and posttraumatic stress disorder] // Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie [Psychosom Med Psychother]. 2008. Vol. 54 (2). PP. 164—173. English Abstract <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18510833&lang=ru&site=ehost-live>
- Torgersen S., Kringle E., Cramer V.* The prevalence of personality disorders in community sample. Arch.Gen.Psychiatry, 2001., V 58. PP. 416—425
- Widiger T.A., Weissman M.M.* Epidemiology of borderline personality disorder // Hospital and Community Psychiatry. 1991. Vol. 42. PP. 1015—1021
- Zanarini M., Frankenburg F., DeLuca C. et al.* The Pain of Being Borderline: Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder // Harvard Review of Psychiatry. 1997. Vol. 6 (4). PP. 201—207

ПРИЧИНЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (на основе шкалы самоотчета)

Н.А. ПОЛЬСКАЯ

Представлены результаты пилотного исследования, посвященного изучению психологических причин самоповреждения. В качестве инструмента исследования выступает шкала причин самоповреждающего поведения, разработанная автором. Выдвигается гипотеза, что акты самоповреждения в юношеском возрасте представляют собой реакцию на острое внутренне неблагополучие и носят регулятивный характер, т.е. через самоповреждение происходит овладение собственным психологическим состоянием, восстанавливается контроль над поведением, либо таким образом происходит поиск социальной поддержки, привлечение внимания, поиск опоры в отношениях со значимыми другими. Самоповреждение в структуре процессов психологической саморегуляции может выступать как способ самоконтроля и как способ контроля поведения других людей. Исследовательская выборка — 60 студентов в возрасте от 16 до 21 года. В результате определяются связи между самоповреждениями и возможными психологическими причинами, объясняющими их совершение. Выделяются четыре фактора, раскрывающие содержание регулятивной структуры самоповреждающего поведения: воздействие на других, избавление от напряжения, изменение себя (поиск нового опыта), восстановление контроля над эмоциями.

Ключевые слова: самоповреждение, юношеский возраст, идентичность, контроль поведения, саморегуляция

Самоповреждения в юношеском возрасте определяются комплексом психологических, социальных, культурных и биологических причин. С одной стороны, сам факт подобных действий является симптоматичным и может указывать на психопатологические нарушения, а с другой стороны, свидетельствует о проблемах психологического характера, связанных с психогенетическими и социальными особенностями развития личности на данном этапе онтогенеза [Польская 2010, 2014].

В этот период появляются новые способы контроля и управления собственным поведением, новые приемы влияния на поведение других людей, происходят значительные изменения в сфере определения лич-

ностных границ и формирования образа себя. Идентичность в юношеском возрасте формируется на основе интеграции представлений о самом себе, мире и тех социальных ролей, через которые происходит социальная ассимиляция личности.

Именно в юношеском периоде мы можем наблюдать признаки «спутанной идентичности» [Эриксон, 2006], которые при неблагоприятных условиях могут трансформироваться в «диффузную идентичность» [Кернберг, 2010], характеризующую недостаточность или слабость интеграции я-концепции и концепции значимых других [Кернберг, 2010], и стать основой формирования пограничной личностной организации.

Согласно Э. Эриксону, в юношеском периоде происходят существенные изменения, затрагивающие как представления о себе, так и представления о том, как тебя воспринимают значимые другие. Это возраст крайностей, которые «могут включать в себя не только мятежные, но также девиантные, делинквентные и саморазрушительные тенденции» [Эриксон, 2006]. Поведение в юношеском возрасте нередко определяется рамками «психологического моратория» [Эриксон, 2006] и характеризуется высоким риском маргинализации, отвержением общепринятых норм и поиском нового опыта, имеющего индивидуальную ценность и уникальность. Это означает, что возрастает риск сопряженных с маргинализацией радикальных действий, отличающихся общей антивитальной направленностью: суицидальное и самоповреждающее поведение, насилие, эмоциональное давление и запугивание [Juhnke, 2011]. Соответственно возрастает риск социальной дезадаптации и связанных с ней расстройств эмоций и поведения [Холмогорова, Гараян, Евдокимова, 2009].

В подростковый и юношеский периоды развития наблюдаются феномены, которые находятся на границе социально приемлемого и социально неприемлемого (психопатологического или девиантного) поведения. Не всегда легко определить, что выступает причиной этих отклонений: юношеская мятежность, возрастные психологические дисфункции или манифестация психического расстройства.

Одним из таких феноменов выступает самоповреждающее поведение.

В данной статье будут представлены результаты пилотного исследования психологических причин самоповреждения, которые позволяют раскрыть содержание регулятивной структуры, лежащей в основе самоповреждающего поведения в юношеском возрасте. В качестве инструмента исследования выступает шкала причин самоповреждающего поведения, разработанная автором.

Выдвигается **гипотеза**, что акты самоповреждения в юношеском возрасте представляют собой реакцию на острое внутреннее неблагополучие.

чие и носят регулятивный характер, т.е. через самоповреждение происходит овладение собственным психологическим состоянием, восстанавливается контроль над поведением, либо таким образом происходит поиск социальной поддержки, привлечение внимания, поиск опоры в отношениях со значимыми другими. Таким образом, самоповреждение в структуре процессов психологической саморегуляции может выступать как способ самоконтроля (подчинения себя самому себе) и как способ контроля поведения других людей (привлечение внимания, демонстрация своей уязвимости или силы, управление другими и т.п.).

Характеристика выборки. Выборка составила 60 испытуемых — студентов колледжа и университета, в возрасте от 16 лет до 21 года ($M_{\text{возр.}} = 19,78$; $SD = 2,18$), из них 46 (76,7%) девушек и 14 (23,3%) юношей.

Процедура и методика исследования. Исследование проводилось индивидуально или в небольших группах 2—3 человека. Предлагалась следующая инструкция: «В жизни случаются такие ситуации, когда человек может сознательно причинить вред собственному телу: нанести себе порезы, ожоги или ударить самого себя со всей силы. Иногда это происходит не так явно, в форме так называемых «дурных» привычек: обкусывание ногтей, губ или расчесывание кожи. Эти и другие самоповреждения случаются по разным причинам. «Если с Вами случилось что-то подобное, отметьте, пожалуйста, что это были за самоповреждения, и укажите, используя предложенные формулировки, причины, которые могли бы объяснить Ваше психологическое состояние в тот момент».

Испытуемому предоставлялся бланк исследовательской шкалы самоотчета, включающей в себя три блока. В первом блоке представлен перечень актов самоповреждения, включающий в себя 12 пунктов:

1. Порезы режущими предметами уколы или проколы кожи острыми предметами
2. Уколы или проколы кожи острыми предметами
3. Самоожоги
4. Удары по собственному телу
5. Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям
6. Выдергивание волос
7. Расчесывание кожи
8. Обкусывание ногтей
9. Сковыривание болячек, чтоб дольше не заживали
10. Обкусывание губ
11. Прикусывание щек или языка
12. Другие самоповреждения (если есть, указать).

В каждом пункте необходимо выбрать один, наиболее подходящий ответ от «никогда» до «часто»; на этапе обработки данных ответы кодируются следующим образом: 1 — никогда, 2 — лишь однажды, 3 — иногда, 4 — часто.

Во втором блоке предлагается указать время последнего самоповреждения: от нескольких дней до более года назад. Эти ответы также унифицируются: более года назад — 1 балл, год назад — 2 балла, примерно полгода назад — 3 балла, в течение последнего месяца назад — 4 балла, в течение последней недели — 5 баллов. В данной публикации этот блок анализироваться не будет.

В третьем блоке представлен перечень возможных мотивов, побуждающих к действиям самоповреждающего характера.

Причины самоповреждения:

№	Причины самоповреждения	№	Причины самоповреждения
1	чтобы взять себя в руки	14	чтобы другие поняли, что мне плохо
2	чтобы избавиться от плохих мыслей	15	чтобы стать лучше
3	чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку	16	чтобы произвести на других впечатление
4	хотел запомнить, как может быть плохо	17	чтобы попробовать что-то необычное
5	чтобы успокоиться	18	чтобы навсегда запомнить важное событие
6	чтобы освободиться от всего плохого внутри	19	чтобы получить удовольствие
7	чувствовал потребность в адреналине	20	чтобы не чувствовать душевной боли
8	чтобы все от меня отстали	21	чтобы показать другим, что я способен на все
9	чтобы справиться со своими эмоциями	22	чувствовал себя полностью уничтоженным
10	злился на других	23	чтобы меня уважали другие
11	чтобы почувствовать облегчение	24	хотел понять самого себя
12	чтобы почувствовать хоть что-нибудь	25	чтобы избавиться от тревоги, страха
13	просто за компанию	26	считал, что это красиво

Напротив каждой причины следует указать степень своего согласия от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен», которые кодируются следующим образом: 1 — совершенно не согласен, 2 — не согласен, 3 — затрудняюсь ответить, 4 — согласен, 5 — совершенно согласен.

Для статистического анализа (SPSS for Windows v. 17) применялись частотные и описательные статистики, таблицы сопряженности (коэффициент гамма), факторный анализ (метод главных компонент с Варимакс вращением и нормализацией Кайзера), корреляционный анализ («роу» Спирмена).

Результаты исследования

Представленные результаты частотного распределения по актам самоповреждения (Таблица 1) демонстрируют, что частота действий самоповреждающего характера в данной выборке наиболее высока по таким самоповреждениям, как порезы режущими предметами, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям, расчесывание кожи, сковыривание болячек, обкусывание губ и прикусывание щек или языка.

Таблица 1
Частотное распределение ответов по актам самоповреждения (%)

№	Акты самоповреждения	Частота проявлений			
		Никогда	Один раз	Иногда	Часто
1	Порезы режущими предметами	51,7	23,3	18,3	6,7
2	Уколы или проколы кожи острыми предметами	68,4	13,3	15	3,3
3	Самоожоги	93,3	5,0	1,7	0
4	Удары по собственному телу	60,0	20,0	15,0	5,0
5	Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям	38,4	15,0	38,3	8,3
6	Выдергивание волос	83,4	8,3	5,0	3,3
7	Расчесывание кожи	48,4	8,3	30,0	13,3
8	Обкусывание ногтей	63,4	5,0	18,3	13,3
9	Сковыривание болячек, чтоб дольше не заживали	56,7	11,7	13,3	18,3
10	Обкусывание губ	16,7	5,0	35,0	43,3
11	Прикусывание щек или языка	43,3	6,7	26,7	23,3

От 20% до 34% респондентов выразили свое согласие с утверждениями, раскрывающими мотивы самоповреждения по следующим пунктам: избавиться от плохих мыслей, успокоиться, освободиться от всего плохого внутри, справиться со своими эмоциями, почувствовать облегчение, не чувствовать душевной боли, потому что злился на других (Таблица 2).

Для оценки связи между конкретными актами и причинами самоповреждения использовались таблицы сопряженности (коэффициент гамма). Был выявлен целый ряд значимых связей. Например, порезы режущими предметами показали статистически достоверные связи со следующими пунктами: «чтобы успокоиться» ($p=0,03$), чувствовал потребность в адреналине ($p=0,02$), злился на других ($p=0,01$), чтобы почувствовать облегчение ($p=0,00$), чтобы почувствовать хоть что-нибудь ($p=0,00$), чувствовал себя полностью уничтоженным ($p=0,02$), хотел понять самого себя

Таблица 2

Частотное распределение ответов по мотивам самоповреждения (%)

№	Причины самоповреждения	Совершенно не согласен	Не согласен	Запрудняюсь ответить	Согласен	Совершенно согласен
1	чтобы взять себя в руки	38,3	20,0	11,7	23,3	6,7
2	чтобы избавиться от плохих мыслей	38,2	21,7	6,7	26,7	6,7
3	чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку	56,7	23,3	5,0	8,3	6,7
4	хотел запомнить, как может быть плохо	58,4	26,7	8,3	3,3	3,3
5	чтобы успокоиться	25,0	8,3	10,0	40,0	16,7
6	чтобы освободиться от всего плохого внутри	38,2	16,7	11,7	21,7	11,7
7	чувствовал потребность в адреналине	53,3	21,7	11,7	10,0	3,3
8	чтобы все от меня отстали	56,7	25,0	11,7	3,3	3,3
9	чтобы справиться со своими эмоциями	23,2	16,7	11,7	26,7	21,7
10	злился на других	33,2	16,7	11,7	16,7	21,7
11	чтобы почувствовать облегчение	31,6	16,7	16,7	20,0	15,0
12	чтобы почувствовать хоть что-нибудь	48,4	18,3	18,3	8,3	6,7
13	просто за компанию	75,0	18,3	5,0	1,7	0
14	чтобы другие поняли, что мне плохо	65,0	20,0	6,7	3,3	5,0
15	чтобы стать лучше	68,4	18,3	8,3	3,3	1,7
16	чтобы произвести на других впечатление	71,7	13,3	8,3	5,0	1,7
17	чтобы попробовать что-то необычное	65,1	18,3	13,3	3,3	0
18	чтобы навсегда запомнить важное событие	68,3	25,0	5,0	0	1,7
19	чтобы получить удовольствие	60,0	21,6	11,7	6,7	0
20.	чтобы не чувствовать душевной боли	41,6	10,0	10,0	21,7	16,7
21	чтобы показать другим, что я способен на все	66,6	20,0	10,0	1,7	1,7
22	чувствовал себя полностью уничтоженным	56,7	18,3	10,0	8,3	6,7
23	чтобы меня уважали другие	71,6	20,0	6,7	1,7	0
24	хотел понять самого себя	53,3	16,7	16,7	8,3	5,0
25	чтобы избавиться от тревоги, страха	40,0	15,0	10,0	23,3	11,7
26	считал, что это красиво	63,4	18,3	10,0	5,0	3,3

($p=0,07$). Значимые взаимосвязи были определены между обкусыванием ногтей, выдергиванием волос и получением удовольствия ($p=0,01$).

С целью обобщения все самоповреждения были подразделены на две группы: инструментальные и соматические. В группу инструментальных

самоповреждений были отнесены порезы режущими предметами, уколы или проколы кожи острыми предметами, самоожоги и удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям. В группу соматических самоповреждений — удары по собственному телу, выдергивание волос, расчесывание кожи, обкусывание ногтей, сковыривание болячек, обкусывание губ и прикусывание щек или языка. Анализ проводился с помощью процедуры множественных ответов. Согласно частотному распределению 37,1% респондентов указали (от «одного раза» до «часто»), что осуществляли инструментальные самоповреждения, и 46,9% отметили соматические самоповреждения (Таблица 3).

Таблица 3

Частотное распределение по инструментальным и соматическим самоповреждениям (%)

Выбор ответа	Группы самоповреждений	
	Инструментальные самоповреждения	Соматические самоповреждения
никогда	62,9	53,1
один раз	14,2	9,3
иногда	18,3	20,5
часто	4,6	17,1

Чтобы определить возможность обобщения причин самоповреждения был использован метод факторного анализа. Пригодность данных для проведения факторного анализа проверялась с помощью критериев КМО: мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина (0,64) и критерий сферичности Бартлетта (1260,76, $p < 0,001$). Из возможных решений было выбрано четырехфакторное решение (63,3% объясняемой дисперсии), с помощью которого были определены четыре фактора: воздействие на других, избавление от напряжения, изменение себя (поиск нового опыта), восстановление контроля над эмоциями (Рисунок 1).

В фактор «**Восстановление контроля над эмоциями**» вошли пункты: чтобы взять себя в руки; чтобы избавиться от плохих мыслей; чтобы избавиться от тревоги, страха. Фактор «**Воздействие на других**» объединил пункты: чувствовал потребность в адреналине; чтобы все от меня отстало; чтобы показать силу своих чувств, эмоций другому человеку; хотел запомнить, как может быть плохо; чтобы другие поняли, что мне плохо; чтобы произвести на других впечатление; чтобы показать другим, что я способен на все; чувствовал себя полностью уничтоженным; чтобы меня уважали другие. Фактор «**Избавление от напряжения**» объединил пункты: чтобы успокоиться; чтобы освободиться от всего плохого внутри; чтобы справиться со своими эмоциями; злился на других; чтобы почувствовать облегчение; чтобы почувствовать хоть что-нибудь; чтобы не чувствовать

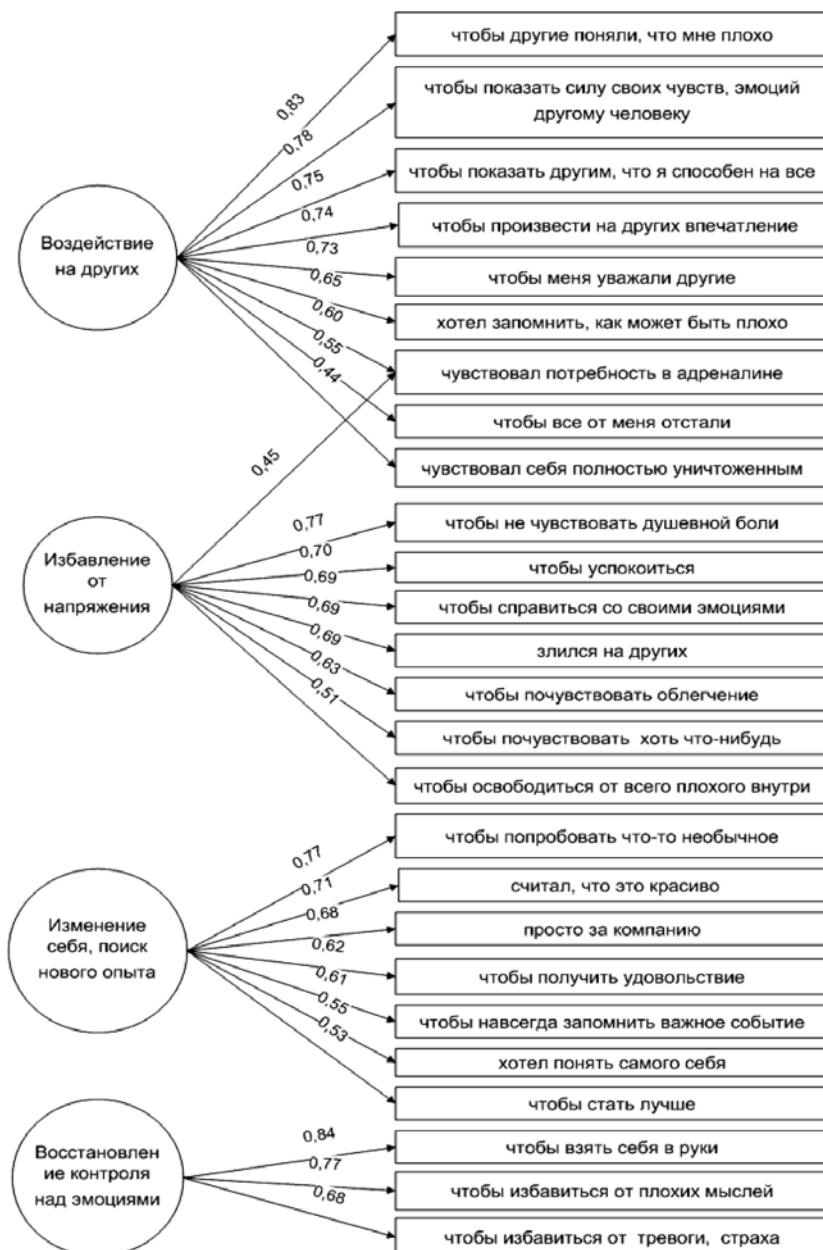


Рисунок 1. Схема факторных нагрузок по причинам самоповреждения

душевной боли. В фактор «**Изменение себя, поиск нового опыта**» вошли пункты: просто за компанию; чтобы стать лучше; чтобы попробовать что-то необычное; чтобы навсегда запомнить важное событие; чтобы получить удовольствие; хотел понять самого себя; считал, что это красиво.

Проверка на согласованность (альфа Кронбаха) пунктов, объединенных в факторы, показала следующие значения: фактор «Воздействие на других» — 0,89, фактор «Избавление от напряжения» — 0,87, фактор «Изменение себя, поиск нового опыта» — 0,83, фактор «Восстановление контроля над эмоциями» — 0,86, что указывает на хорошую внутреннюю согласованность.

Определение связи между выделенными факторами и инструментальными и соматическими самоповреждениями выявило статистически значимую взаимосвязь обеих групп с фактором «избавление от напряжения» (ро Спирмена 0,5, $p < 0,001$). Статистически значимые результаты аналогичной оценки связи факторов с конкретными самоповреждениями ($p < 0,01$, $p < 0,05$) были получены между фактором «избавление от напряжения» и практически всеми актами самоповреждения.

Обсуждение результатов

Представленные результаты подтверждают, что самоповреждение является не узко клиническим феноменом, а достаточно распространено в неклинической популяции. Специфика различий между клиническим, субклиническими и неклиническими вариантами самоповреждающего поведения должна определяться через выявление и изучение особенностей регулятивных структур, которые раскрывают психологическую основу самоповреждения.

Наиболее высокими по частоте являются такие самоповреждения как порезы режущими предметами, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям, расчесывание кожи, сквыривание болячек, обкусывание губ и прикусывание щек или языка.

Разделение актов самоповреждения на соматические и инструментальные показало, что более трети респондентов совершали инструментальные и почти половина — соматические самоповреждения.

Практически треть респондентов в качестве причин, объясняющих подобное поведение, указали на причины, связанные с эмоционально-регулятивными аспектами контроля поведения: избавиться от плохих мыслей, успокоиться, освободиться от всего плохого внутри, справиться со своими эмоциями, из-за злости, почувствовать облегчение или не чувствовать душевной боли.

Выявленные связи между конкретными актами самоповреждения и отдельными причинными показали их взаимозависимость, но

сложно (и в силу небольшой выборки невозможно) определить специфичные связи для отдельных самоповреждений. Можно только сказать, что такие распространенные самоповреждения как порезы или удары по своему телу имеют большее число объясняющих их причин, чем, например, самоожоги. Соматические самоповреждения, а именно обкусывание ногтей и выдергивание волос, показали связь с получением удовольствия, однако, насколько устойчива эта связь, можно будет говорить после исследования на более объемных выборках.

Выделенные факторы — воздействие на других, избавление от напряжения, изменение себя (поиск нового опыта) и восстановление контроля над эмоциями — позволили эмпирически верифицировать наши теоретические представления о самоповреждении как способе контроля, который регулирует эмоциональное состояние, воздействует на личность и на поведение других людей. Эта позиция базируется на представлениях о саморегуляции как сознательном процессе, направленном на управление поведением и реализующимся на операционально-техническом и мотивационном уровнях [Зейгарник, Холмогорова, Мазур 1989].

Данная факторная структура может рассматриваться в качестве основы для определения типов контроля при самоповреждении: 1) контроль над собственным состоянием (избавление от напряжения/восстановление контроля над эмоциями); 2) контроль над внешними событиями (воздействие на других/поиск нового опыта).

Оба типа контроля взаимосвязаны, но не исключено, что в конкретных случаях может преобладать один из типов (изучение этого — задача другого исследования). Сейчас можно предположить, что первый тип контроля связан с устранением нежелательных эмоций и вследствие этого элиминацией болезненного опыта. Эта позиция отсылает к модели избегания переживания (*the experiential avoidance model*), в рамках которой самоповреждающее поведение рассматривается как часть цикла, целью которого является избавление от непереносимых эмоциональных переживаний. Непереносимость аффекта ощущается сильнее при наличии таких факторов, как высокая интенсивность эмоций, сложность контроля над ними, низкая терпимость к дистрессу, плохо развитый навык эмоциональной саморегуляции. Этот цикл закрепляется и автоматизируется в результате многократного повторения, запускаясь в ответ на любой раздражитель, ведущий к сильным эмоциям [Chapman, Gratz, Brown 2006].

В данной модели самоповреждающее поведение рассматривается как избегающее поведение, направленное на избавление от нежелатель-

ных эмоций, мыслей, воспоминаний или телесного опыта. В акте самоповреждения, с одной стороны, снижается интенсивность болезненных эмоций, но с другой стороны, происходит негативное подкрепление самоповреждающего поведения, которое представляется эффективным средством избегания эмоциональной боли.

Второй тип регуляции самоповреждающего поведения связан с контролем над внешними событиями, получением нового опыта и поиском новых ощущений, что подразумевает усиление коммуникации, стремление оказывать влияние на других, управлять ими, стремление к новым ощущениям, необычным переживаниям. Этот тип соответствует модели поиска ощущений, предложенной М. Цукерманом. Согласно этой позиции «поиск ощущений» («sention seeking») характеризует поведение, связанное с потребностью в новых ощущениях и выражающееся в готовности к риску ради этих ощущений [Zuckerman, 2007]. Самоповреждение выступает своеобразным способом экспериментирования с ощущениями, при этом латентной составляющей может выступать суицидальная мотивация, когда самоповреждение становится способом проигрывания собственной смерти [Stanley, Cameroff, Michalsen, Mann 2001].

Следует отметить, что по результатам нашего пилотного исследования «избавление от напряжения» стало главным мотивационным фактором в объяснении собственных самоповреждений респондентами. Других значимых связей самоповреждений с факторами, их объясняющими выявить не удалось.

Выводы

Данное исследование, направленное на изучение причин самоповреждения в юношеском возрасте, выявило, что более трети респондентов совершали инструментальные и почти половина — соматические самоповреждения. Наибольшая частота выборов пришлась на причины, связанные с эмоционально-регулятивными аспектами контроля поведения: избавиться от плохих мыслей, успокоиться, освободиться от всего плохого внутри, справиться со своими эмоциями, из-за злости, почувствовать облегчение или не чувствовать душевной боли.

На основе факторного анализа были выделены четыре фактора: воздействие на других, избавление от напряжения, изменение себя (поиск нового опыта) и восстановление контроля над эмоциями.

Данная факторная структура была взята за основу для определения типов контроля при самоповреждении:

1) контроль над собственным состоянием (избавление от напряжения/восстановление контроля над эмоциями);

2) контроль над внешними событиями (воздействие на других/поиск нового опыта).

Первый тип контроля связан с устранением нежелательных эмоций и элиминацией болезненного опыта. Второй тип связан с контролем над внешними событиями приобретением нового опыта, что означает усиление коммуникации, стремление оказывать влияние на других, управлять ими, стремление к новым ощущениям.

Несмотря на то, что избавление от напряжения, связанное с первым типом контроля (контроль над собственным состоянием), оказалось преобладающим в данной выборке, второй тип контроля (влияние на других и поиск новых ощущений) играет не менее важную роль в понимании самоповреждений в юношеском возрасте. Теоретически второй тип контроля в большей степени объясняет социально-санкционированные самоповреждения, к которым относятся различные способы декорирования тела, ритуальные и социально-статусные самоповреждения. Тогда как первый тип контроля непосредственно связан с переживанием психологических трудностей, сопряженных с периодом взросления.

ЛИТЕРАТУРА

- Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. Т.10. № 2. С. 122—132
- Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии / Пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000
- Польская Н.А. Структура и функции самоповреждающего поведения // Психологический журнал. 2014. Т. 35. № 2. С. 45—56
- Польская Н.А. Особенности самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте // Известия Саратовского университета. Серия Филология. Психология. Педагогика, выпуск 1. 2010. Том 10. С. 92—97
- Холмогорова А.Б. Гаранян Н.Г. Евдокимова Я.Г. Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. 2009. № 3.
- Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. — М.: Флинта, 2006
- Charptan A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model // Behaviour Research and Therapy. 2006. V. 44. P. 371—394
- Juhnke G.A. Suicide, self-injury, and violence in the schools: Assessment, prevention, and intervention strategies. New York, 2011
- Stanley B., Cameroff M.J., Michalsen V., Mann J.J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population // Am. Journ. Psychiatry. 2001. V. 158. № 3. P. 427—432
- Zuckerman M. Sensation seeking and risky behavior. Washington, DC: American Psychological Association, 2007

THE REASONS OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR IN YOUTH (BASED ON A SELF-REPORT SCALE)

N.A. POLSKAYA

The article presents the results of the pilot study investigating the psychological mechanisms of self-injurious behavior. The research tool is the scale of reasons of self-injurious behavior developed by the author. It is hypothesized that self-injuries in youth constitute a reaction to acute internal ill-being and provide a regulatory function, that is, by the means of self-injuring one takes control over his/her psychological state and behavior or searches social support in relationships with significant others and draws attention to him/herself. In the structure of processes of psychological regulation self-injury can represent a means of controlling of the self and the behavior of the others. Research sample consists of 60 students, age 16–21. Connections between self-injuries and psychological reasons explaining them are investigated. The regulative structure of self-injurious behavior is revealed in four factors: influencing the others, reducing tension, modifying self (searching for new experience) and regaining control of emotions.

Keywords: self-injurious behavior, youth, identity, behavior control, self-regulation

Zeygarnik B.V., Holmogorova A.B., Mazur E.S. Samoregulyatsiya povedeniya v norme i patologii. // Psihologicheskij zhurnal. 1989. T. 10. # 2. S. 122–132

Kernberg O. Tyazhelyie lichnostnyie rasstroystva: strategii psihoterapii / Per. s angl. — M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2000

Polskaya N.A. Struktura i funktsii samopovrezhdayushego povedeniya // Psihologicheskij zhurnal. 2014. T. 35. # 2. S. 45–56

Polskaya N.A. Osobennosti samopovrezhdayushego povedeniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste // Izvestiya Saratovskogo universiteta. Seriya Filosofiya. Psihologiya. Pedagogika, vyipusk 1. 2010. Tom 10. S. 92–97

Holmogorova A.B. Garanyan N.G. Evdokimova Ya.G. Moskova M.V. Psihologicheskie faktoryi emotsionalnoy dezadaptatsii u studentov // Voprosy psihologii. 2009. # 3.

Erikson E. Identichnost: yunost i krizis. Per. s angl. — M.: Flinta, 2006

Juhnke G.A. Suicide, self-injury, and violence in the schools: Assessment, prevention, and intervention strategies. New York, 2011

Stanley B., Cameroff M.J., Michalsen V., Mann J.J. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population // Am. Journ. Psychiatry. 2001. V. 158. № 3. P. 427–432

Zuckerman M. Sensation seeking and risky behavior. Washington, DC: American Psychological Association, 2007

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У СТУДЕНТОВ С ЧЕРТАМИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

А.Б. ХОЛМОГорова, И.Д. Климова

В коротком обзоре приводятся данные эпидемиологических исследований ПРЛ, подчеркивается особенно высокая распространенность ПРЛ в молодежной популяции. В статье представлены результаты популяционного исследования выраженности черт ПРЛ в студенческой выборке и их связи с эмоциональной дезадаптацией и различными совладающими стратегиями поведения. Было обследовано 60 студентов-психологов (средний возраст 21 год) комплексом методик, включающим шкалу дисфункциональных убеждений Батлера (Batler et al, 2002), шкалы тревоги и депрессии Бека (Beck et al, 1993, 1961) и опросник копинг-стратегий (COPE Inventory, C. Carver, M. Shreier, J. Weintraub, 1989). У студентов с сильно и средне выраженными чертами ПРЛ (всего 37% выборки) были значимо более выражены показатели эмоциональной дезадаптации в виде симптомов депрессии и тревоги по сравнению со студентами, у которых эти черты были выражены слабо или отсутствовали (63% выборки). В группе студентов с выраженными чертами ПРЛ значимо чаще встречались дезадаптивные копинг-стратегии (психическое избегание, отрицание, употребление психоактивных веществ) по сравнению с группой без выраженных черт ПРЛ. Делается вывод о распространенности черт ПРЛ в студенческой популяции, тесной связи этих черт с эмоциональной дезадаптацией и деструктивными совладающими стратегиями, а также о необходимости дальнейших исследований в связи со спецификой (студенты-психологи) и небольшим объемом выборки. Подчеркивается необходимость специальной подготовки специалистов службы психологической помощи в системе высшего образования для работы с этим контингентом.

Ключевые слова: студенческая популяция, пограничное расстройство личности, копинг-стратегии, симптомы депрессии и тревоги, эмоциональная дезадаптация

В последние десятилетия пограничное расстройство личности (ПРЛ) (эмоционально-неустойчивое личностное расстройство по

МКБ-10) приобрело большую распространенность и составляет около 2—3% общей популяции [Swartz et al, 1990; Zimmerman, Koryell, 1989]. При этом пациенты с ПРЛ относятся к категории диагностически трудных, так как ПРЛ выявляется в клинической практике менее, чем в 50% случаев, что, в частности, связано с его высокой коморбидностью с другими заболеваниями [Короленко, Дмитриева, 2006]. В то же время, из всех личностных расстройств, пограничное диагностируется врачами-психиатрами наиболее часто [Karterud et al, 2003]. Среди пациентов амбулаторных стационаров лиц с ПРЛ около 15%, а из числа госпитализированных в психиатрические клиники — 25% [Koenigsberget al, 1985; Widiger, Weissman, 1991]. Среди пациентов с ПРЛ преобладают женщины, они составляют 75% [Gunderson, 2001].

В свете темы данного исследования важно отметить, что большинство пациентов с ПРЛ принадлежат к более молодой возрастной категории [Akhtaret al, 1886], в то время как среди индивидов средних лет интенсивность и распространенность симптомов ПРЛ снижается [Paris, 2002]. Исследование распространенности ПРЛ в условно здоровой молодежной популяции (всего на основе структурного интервью для диагностики личностных расстройств было обследовано 1300 студентов) выявило пограничное расстройство в 8,5% случаев [Sar et al, 2006]. Как можно заметить, этот процент значительно выше, чем в общей популяции, где доля этих пациентов составляет 1-2%. Такое соотношение делает исследование российской студенческой выборки особенно актуальным, так как в отечественной психологии данных о распространенности ПРЛ среди студентов пока явно не хватает.

ПРЛ на данный момент является одним из основных объектов научного интереса международного сообщества: проводятся международные конгрессы, неуклонно растет число работ посвященных этому контингенту [Blashfield, Vincent Intoccia, 2000]. В России таких исследований пока немного и они проводились, в основном, в рамках судебной психиатрии. Так, проводилось изучение распространенности эмоционально-неустойчивого личностного расстройства среди лиц, находящихся в местах лишения свободы. По результатам этих исследований данное расстройство преобладает среди других личностных расстройств в колониях общего, строгого и особого режимов и составляет от 29,2% случаев. При преобладании импульсивного подтипа, составляющего 20%, пограничный тип составил 9,2% случаев [Обросов, 2005]. Особо следует отметить работы Ц.П. Короленко и коллег, посвященные этой проблеме [Короленко, Дмитриева, 2006], а также исследование А.М. Максимова и А.Б. Холмогоровой [Максимов, Холмогорова, 2011].

Проблема копинг-стратегий у лиц с ПРЛ представляет собой специальный интерес, так как их крайне деструктивный характер лежит в основе эмоциональной и социальной дезадаптации, межличностных конфликтов и суицидального поведения. Для них характерно использование эмоционально-направленного копинга в рамках типологии Р. Лазаруса и С. Фолькмана. В частности, «прибегание к активной пассивности», которая проявляется в том, что пациент активно пытается заставить окружающих решать его проблемы или регулировать его поведение, сам же по отношению к этим проблемам проявляет пассивность. При этом присутствует гиперболизированное видение своих трудностей и собственной некомпетентности [Linehan, 1993]. В исследовании М. Лайнен у пациенток, госпитализированных сразу после акта парасуицида, обнаружилась гораздо более низкая способность к активному решению межличностных проблем и несколько более высокая тенденция к пассивному решению проблем по сравнению с пациентами с суицидальной идеацией и несуйцидальными пациентами [Linehan et al., 1987]. Другие исследования подтверждают, что ПРЛ связано с низкой самоофективностью, высокой зависимостью и эмоциональной готовностью полагаться на других людей [Perry, Cooper, 1985].

Страдающие этим расстройством также прибегают к самоповреждающему поведению для того, чтобы справиться со своим эмоциональным состоянием [Glenn, Clonsky, 2010; Jasch et al, 2008; Shearer, 1994]. Употребление психоактивных веществ — еще одна, типичная для ПРЛ, дезадаптивная стратегия, которая выполняет функцию ухода от депрессии, дисфории, апатии, уменьшения чувства одиночества, беспомощности и безнадежности [Кензин, 1999; Picci et al, 2012; Morgenstern et al, 1997; Zanarini et al, 2004]. Другим опасным способом совладания с негативными эмоциями являются пищевые срывы, которые приводят к повышенной частоте расстройств пищевого поведения при ПРЛ [Godt et al, 2008; Sansone, Sansone, 2007; Zanarini et al, 2004].

Результаты исследований показывают, что пациенты с пограничным расстройством личности часто испытывают депрессивные состояния [Gunderson, 2001, 2004; Stone, 1980; Widiger, Trull et al., 1993]. Анализ самоотчетов и суточный мониторинг эмоционального фона в экспериментальных условиях показали, что пациенты с ПРЛ в основном испытывают отрицательные эмоции, такие как печаль, тоска, гнев и тревога, которые сменяют друг друга [Ebner-Priemer et al., 2006; Reisch et al., 2008].

Одним из факторов их негативной эмоциональности является повышенная межличностная сензитивность с селекцией негативной информации и ее многочисленными искажениями. Так, они склонны оценивать эмоционально-нейтральное выражение лица, как выражающее

гнев или отвержение [Meyer, 2004; Domes, 2008], а также воспринимать отрицательные эмоции как более интенсивные в сравнении с положительными [Seumern-Lindenstjerna et al., 2007], что является важным психологическим механизмом межличностных проблем, типичных для этих больных. Эмоциональная уязвимость, сверхчувствительность к неприятным стимулам и высокий уровень тревожности являются главными характеристиками эмоциональной сферы больных ПРЛ [Herpretz et al., 2000; Renneberg et al., 2000].

Цель исследования: Выявить выраженность черт пограничного расстройства личности в студенческой популяции и их связь со стратегиями совладания и эмоциональной дезадаптацией.

Гипотезы:

1. Выявленность черт пограничного расстройства личности связана с преобладанием дисфункциональных копинг-стратегий в студенческой популяции.
2. Выявленность черт ПРЛ тесно связана с показателями эмоциональной дезадаптации в студенческой популяции.

Были использованы следующие методики:

1. Шкала дисфункциональных убеждений Э. Батлера, направленная на выявление черт пограничного расстройства личности [Batler et al., 2002]. Опросник адаптирован А.Б. Холмогоровой и А.М. Максимовым [Максимов, Холмогорова, 2011].
2. Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, 1961) разработан А.Т. Векс с соавт., адаптация Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2001].
3. Шкала тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory) разработан А.Т. Векс с соавт., адаптация Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2001].
4. Опросник копинг-стратегий (COPE Inventory, С. Carver, М. Shreier, J. Weintraub, 1989) адаптация Н.Г. Гаранян, П.А. Иванов; Т.О. Гордеева и др. [Гаранян, Иванов, 2010; Гордеева и др., 2010].

Характеристика обследованной группы

В исследовании принимали участие 60 студентов психологических вузов. Средний возраст респондентов — 21 год.

Результаты исследования

В Таблице 1 приведены результаты исследования распространенности черт ПРЛ в студенческой популяции. Из таблицы следует, что в выборке преобладает группа студентов со слабо выраженными чертами ПРЛ (38%). У 25% студентов нет черт ПРЛ. Выражены черты ПРЛ у 22% испытуемых, при этом 15% из них показали высокие результаты по шкале дезадаптивных убеждений при ПРЛ.

Таблица 1

Соотношение степени выраженности черт ПРЛ в студенческой популяции

	Процентное соотношение (%)
Нет черт ПРЛ (0—10 баллов)	25%
Слабая выраженность черт ПРЛ (11—20 баллов)	38%
Средняя выраженность черт ПРЛ (21—30 баллов)	22%
Сильная выраженность черт ПРЛ (31—56 баллов)	15%

Студенты без черт ПРЛ и со слабой выраженностью черт были объединены в одну группу под общим названием «без выраженных черт ПРЛ» (N = 38). В группу с выраженными чертами ПРЛ вошли студенты со средней и с сильной выраженностью соответствующих черт (N = 22).

По данным Таблицы 2 видно, что существует разница в показателях стратегий совладания между группами без выраженных черт ПРЛ и с выраженными чертами ПРЛ. Показатели дезадаптивных стратегий (психическое избегание, отрицание и употребление психоактивных веществ) выше в группе с выраженными чертами ПРЛ, в то время как конструктивные стратегии (позитивное переопределение события и личностный рост, активный копинг и планирование совладания) значимо чаще встречаются в группе без выраженных черт ПРЛ.

Таблица 2

Показатели копинг-стратегий (Шкала COPE) в группах студентов с разной выраженностью черт ПРЛ

Стратегии	N = 38 (группа безвыраженных черт ПРЛ)		N = 22 (группа с выраженными чертами ПРЛ)	
	M	(SD)	M	(SD)
Психическое избегание	6,15	(1,8)	7,5	(1,9)**
Отрицание	5,6	(1,59)	7,95	(2,69)**
ПАВ	9,13	(1,93)	9,31	(1,75)**
Позитивное переопределение и личностный рост	12,5	(2,1)	10,8	(2,9)**
Планирование совладания	12,13	(3,01)	11,95	(2,51)**
Активный копинг	11,9	(2,25)	10,5	(2,75)**

Примечание: M (mean) — среднее значение

SD — квадратичное отклонение

** — различия статистически достоверны, $p < 0.01$ (критерий Манна Уитни)

Обнаружена прямая значимая связь между выраженностью черт ПРЛ и склонностью к отрицанию, употреблением психоактивных ве-

шеств и психическому избеганию. Обратная значимая связь выявлена между выраженностью черт ПРЛ, активным копингом и позитивным переопределением события и личностным ростом (см. Табл. 3).

Таблица 3

Корреляционные связи между показателями выраженности черт ПРЛ (шкала Батлера) и стратегий совладания (Шкала COPE)

	Активный копинг	Позитивное переопределение события и личностный рост	Отрицание	Употр. ПАВ	Псих. избегание
Выраженность черт ПРЛ	-0,409 **	-0,396**	0,379**	0,489**	0,338**

** — различия статистически достоверны, $p < 0,01$ (коэффициент корреляции Спирмена)

Из данных Таблицы 4 следует, что существует значительная разница в уровне депрессии и тревоги между двумя группами сравнения. Если средние показатели депрессии и тревоги в группе без выраженных черт ПРЛ не достигают клинически значимого уровня, то в группе с выраженными чертами ПРЛ они находятся на уровне средней тяжести.

Таблица 4

Показатели тревоги и депрессии (опросники депрессии и тревоги Бека) в группах студентов с разной выраженностью черт ПРЛ

Группы	Симптомы депрессии		Симптомы тревоги	
	М	(SD)	М	(SD)
Группа студентов без выраженных черт ПРЛ (N = 38)	9,89	(6,81)	9,92	(7,21)**
Группа студентов с выраженными чертами ПРЛ (N = 22)	22,54	(9,16)	19,27	(11,62)**

Примечание: М (mean) — среднее

SD — квадратичное отклонение

** — различия статистически достоверны, $p < 0,01$ (критерий Манна Уитни)

Выявлена прямая значимая связь между выраженностью черт ПРЛ и выраженностью симптомов депрессии и тревоги (см. Табл. 5). Следовательно, чем сильнее выражены черты ПРЛ, тем выше уровень эмоциональной дезадаптации.

Таблица 5

**Корреляционные связи между показателями выраженности черт ПРЛ
(опросник Батлера) и показателями депрессии и тревоги
(опросники депрессии и тревоги Бека)**

	Уровень депрессии	Уровень тревоги
Выраженность Черт ПРЛ	0,639**	0,513**

$p < 0,01$ (коэффициент корреляции Спирмена)

Следующая таблица показывает, что подавляющее число студентов (85%) с выраженными чертами ПРЛ и только незначительная часть студентов без выраженных черт ПРЛ (15%) разделяют следующее убеждение: «Люди причинят мне зло, если я не опережу их и не причиню зло им». Это подтверждает важность враждебной картины мира в агрессивном поведении людей с выраженными чертами ПРЛ и их параноидный, враждебный настрой, который может резко затруднять отношения сотрудничества, столь важные в учебном процессе и при оказании психологической помощи. 70% студентов с выраженными чертами ПРЛ (против 30% в другой группе) выражают уверенность в утверждении «Люди обманут и используют меня, если только я дам им шанс», что подтверждает значимость деструктивной враждебной картины мира и объясняет свойственные ПРЛ выраженные проблемы в интерперсональных отношениях. Также впечатляют различия в отношении к утверждению «Я не могу справиться со всем, как другие» (72% против 28% соответственно). Таким образом, сочетание представления о своей беспомощности и незащищенности с крайне враждебной картиной мира оказывается наиболее характерным для студентов с выраженными чертами ПРЛ по данным нашего опроса. Убеждение «Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое» одинаково часто отмечалось в двух группах, что может говорить о том, что данное убеждение не очень специфично для лиц с ПРЛ.

Таблица 6

**Наиболее распространенные дисфункциональные убеждения
в группах с разной выраженностью черт ПРЛ**

Убеждения	Группа без выраженных черт ПРЛ (38)	Группа с выраженными чертами ПРЛ (22)
1. Если люди узнают меня поближе, они поймут, какой я на самом деле и отвергнут меня.	39%	61%
2. Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля.	35%	65%

3. Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их.	33%	67%
4. Я несостоятелен и слаб.	41%	59%
5. Мне нужно, чтобы возле меня был кто-то, кто всегда помогал бы мне выполнять то, что мне нужно сделать, а также на случай, если произойдет что-то плохое.	46%	54%
6. Я беспомощен, если остаюсь один.	32%	68%
7. Я не могу справляться со всем, как другие.	28%	72%
8. Люди причинят мне зло, если я не опережу их и не причину зло им.	15%	85%
9. На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстремальным образом.	33%	67%
10. Я не могу доверять другим людям.	39%	61%
11. Мне всегда нужно быть начеку.	44%	56%
12. Люди обманут и используют меня, если только я дам им шанс.	30%	70%
13. Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое.	50%	50%
14. Близкий мне человек может оказаться неверным и предать меня.	37%	63%

Обсуждение результатов

Как показало исследование, 15% выборки отличают высокие показатели по шкале дезадаптивных убеждений, характерных для ПРЛ. Это достаточно высокий показатель, который свидетельствует о распространенности этих черт в студенческой популяции. Стоит, однако, подчеркнуть, что диагностика черт расстройства и диагностика самого расстройства существенно различаются, а именно, черты ПРЛ несомненно более распространены, чем само расстройство. Сопоставляя полученные данные с результатами цитированного выше западного исследования, в котором процент лиц ПРЛ в студенческой популяции составил 8,5%, необходимо отметить, что в нем речь шла о полномасштабном диагнозе ПРЛ. Кроме того, в нем использовался другой инструмент — диагностическое интервью, которое гораздо надежнее выявляет личностную патологию, чем опросники. Определенной спецификой может обладать также выборка психологических вузов, поэтому полученные в данном исследовании результаты следует считать сугубо предварительными.

В то же время полученные данные хорошо согласуются с известными фактами относительно ПРЛ, приведенными в кратком обзоре: обследованных студентов с выраженными чертами ПРЛ отличают высокие показате-

ли эмоциональной дезадаптации в виде симптомов депрессии и тревоги, а также дезадаптивные копинг стратегии в виде отрицания, употребления психоактивных веществ и психического избегания. Их картина мира отличается крайней враждебностью и настроем на агрессивные, упреждающие возможные внешние угрозы действия. Можно заключить, что студенты с выраженными чертами ПРЛ находятся в группе риска по социальной дезадаптации в виде срывов в учебном процессе, конфликтов с педагогами и сокурсниками. Им крайне необходима высоко специализированная психологическая помощь. Возможность оказания такой помощи предполагает серьезную подготовку в области клинической психологии и психиатрии, знание современных методов помощи лицам с ПРЛ. Кроме того, помощь должна быть длительной по времени и максимально приближенной и доступной. Все это предъявляет высокие требования к организации и комплектации специалистами вузовских служб психологической помощи. Среди них обязательно должны быть врачи-психиатры и клинические психологи. Так как установление рабочего альянса и психологическая работа с таким контингентом крайне затруднительны, специалисты психологической службы в вузах должны владеть научно обоснованными методами помощи лицам с ПРЛ, доказавшими свою эффективность.

Выводы

1. В выборке студентов психологических вузов черты пограничного личностного расстройства выражены, 15% выборки показали высокие результаты по шкале дезадаптивных убеждений при ПРЛ. Это говорит о распространенности этой проблемы в студенческой популяции, однако в силу специфики (студенты-психологи) и ограниченного объема выборки полученные данные необходимо считать сугубо предварительными.

2. Студенты с выраженными чертами ПРЛ значимо чаще демонстрируют симптомы депрессии и тревоги по сравнению со студентами, у которых эти черты не выражены. Существует значимая связь между выраженностью черт ПРЛ и эмоциональной дезадаптацией: чем сильнее выражены черты этого расстройства, тем более выражены симптомы депрессии и тревоги.

3. Студенты с выраженными чертами ПРЛ значимо чаще по сравнению со студентами, у которых эти черты не выражены, прибегают к таким дезадаптивным стратегиям как употребление психоактивных веществ, отрицание и психическое избегание. Существует значимая связь между выраженностью черт ПРЛ и дезадаптивными копинг-стратегиями.

4. Студенты с выраженными чертами ПРЛ остро нуждаются в психологической помощи. Специалисты психологической службы в вузах должны получать специальную подготовку в области консультирования лиц с чертами ПРЛ.

Заключение

Обследованная небольшая выборка студентов психологического вуза, безусловно, не может считаться репрезентативной. В дальнейшем планируется обследовать студентов вузов различных профилей и значительно увеличить выборку. Целью этой пилотажной работы было желание привлечь внимание к острым психологическим проблемам студенческой популяции, так как высокая распространенность черт пограничного расстройств личности в молодежной среде подчеркивается в зарубежных исследованиях. Высокий уровень суицидального риска и рискованного поведения делает эту группу особо важным контингентом службы психологической помощи вузов. К сожалению, недостаток знаний в области клинической психологии остро ощущается у специалистов этих служб, которые чаще нацелены на работу по личностному росту студентов и просветительскую деятельность. Столкновение с проблемами лиц с выраженными пограничными чертами может вызвать растерянность и неадекватные вмешательства у неопытных в клиническом плане специалистов. Развитие службы психологической помощи студентам является важной задачей российской системы образования.

ЛИТЕРАТУРА

- Гараня Н.Г., Иванов П.А.* Апробация опросника копинг-стратегий (COPE) // Психологическая наука и образование. 2010. N 1. С. 82—93
- Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.А., Сычев О.А., Шевахова В.Ю.* Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II междунар. науч.-практ. конф., Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010 — Т. 2. С. 195—197
- Кензин Д.В.* Суицидальное поведение при пограничном личностном расстройстве в условиях современной России, Новосибирск, 1999
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Личностные и диссоциативные расстройства. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2006
- Максимов А.М., Холмогорова А.Б.* Социальные и психологические аспекты феномена мужской проституции в современной культуре // Культурно-историческая психология. 2011. № 1. — С. 80—89
- Обросов И.Ф.* Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы. М, 2005
- Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001
- Akhtar S, Byrne J.P., Doghramji K.* The demographic profile of borderline personality disorder. // J. Clin. Psychiatry. 1986. 47(4): 19—68
- Blashfield R.K., Vincent Intoccia B.A.* Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. // Am J Psychiatry; 157: 472—473, 2000
- Borderline personality disorder and trauma in homosexual male sex workers in Russia // The collected materials of The Regional Congress of the World

- Psychiatric Association on the subject of «Traditions and Innovations in Psychiatry». — Saint Petersburg, 2010
- Ceumern-Lindensjerna I.A., Brunner R., Parzer P., Frey M., Fiedler P., Resch F.* Perception of emotional facial expression in female adolescents with borderline personality disorder. // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychoter.* 2007. 35(5): 333—340
- Clarkin J.F., Hull J.W., Hurt S.W.* Factor structure of borderline personality disorder criteria. // *Journal of Personality Disorders.* 1993 137—143
- Domes G., Czeschnek D., Weidler F., Berger C., Fast K., Herperts S.C.* Recognition of facial affect in borderline personal disorder // *J.Pers. Dis.* 2008. 22(2): 135—147
- Ebner-Priemer U.W., Kuo J., Welch S.S., Thielgen T., Witt S., Bohus M., Linehan M.M.* A valence-dependent group-specific recall basis of retrospective self-reports: a study of borderline personality disorder in everyday life // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006. 194(10): 774—779
- Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community / Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I. // *J. Personality disorders*, 1990
- Glenn C.R., Clonsky E.D.* The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. // *O. Clin. Psychol.* 2010. 66(4): 466—473
- Godt K.* Personality Disorders in 545 Patients With Eating Disorders. // *European Eating Disorders Review.* 2008. 16: 94—99
- Gunderson J.G.* Borderline personality disorder. // *A clinical guide*, Washington, 2001
- Gunderson J.G., Morey L.C., Stout R.L., Skodol A.E., Shea M.T., McGlashan T.H., et al.* Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder Revisited: Longitudinal Interactions. // *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004
- Herpertz S.C., Werth U., Qunaibi M., Schuerkens A., Sass H.* Besonderheiten der emotionalen Reizverarbeitung bei Cluster B Persönlichkeitsstörungen. // *Nerve-narz.*, 2000
- Lasch K., Hermes B., Seikowski K., Harth W.* Borderline personality disorder in dermatology. // *Hautarzt.* 2008. 59(4): 304—307
- Karterud S., Pedersen G., Bjordal E., et al.* Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. // *J. Pers. Disord.* 2003. 17 (3), 243—62
- Koenigsberg H., Kaplan R., Gilmore M., Cooper A.E.* The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2,462 patients. // *Am J Psychiatry.* 1985. 142: c.207—212
- Linehan M.M.* *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* Guilford Press, 1993
- Linehan, M.M., Heard H.L., Armstrong H.E.* Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients // *Arch Gen Psychiatry*, 1991
- Meyer B., Pilkonis P.A., Beevers C.G.* What's in neutral face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. // *J.Pers.Disord.* 2004. 18(4): 320—336
- Paris J.* Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder, 2002
- Perry J.C., Cooper S.H.* Psychodynamics, symptoms, and outcome and borderline and antisocial personal disorders and bipolar type II affective disorders. // *The borderline: Current empirical research*, Washington, DC. 1985

- Picci R.L. et al. Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: prevalence and gender differences. // *Compr. Psychiatry*. 2012. 53(4): 355—363
- Reisch T., Ebner-Priemer U.W., Tschacher W., Bohus M., Linehan M.M. Sequences of emotions in patients with borderline personal disorder. // *Acta. Psychiatr. Stand.* 2008. 1182(1)
- Rennenberg B., Struber K., Senger-Mersicht A., Under J. Emotionale Befindlichkeit und interpersonelle Wahrnehmung bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen. // *Nervenarzt*, 2000
- Sansone R.A., Sansone L.A. Borderline Personality in the Medical Setting. Unmasking and Managing the Difficult Patient. // Nova Science, 2007
- Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, et al. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. // *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006. 67(10):1583—1590
- Shearer S.L. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. // *J. Nerv.Ment.Dis.*, 1994
- Stone M. The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation- N.Y., 1980
- Swartz M., Blazer D., George L.K., Winfield I. Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community. // *Journal of Personality Disorders*. 1990. 4: 257—272
- The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population : Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. / Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, & Miller K.J., 1997
- Widiger T.A., Trull T.J., Clarkin J.F. et al: A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorder with the five-factor model of personality, in *Personality Disorders the Five-Factors Model of Personality*, 1993
- Widiger, T.A., Weissman, M.M. Epidemiology of borderline personality disorder. // *Hospital and Community Psychiatry*. 1991. 42, 1015—1021
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D.B., Silk K.R. Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission. // *American Journal of Psychiatry*. 2004. 161: 2108—2114
- Zimmerman M., Koryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. // *Arch Gen Psychiatry*. 1989. № 46 (8), P. 262—269

COPING STRATEGIES AND EMOTIONAL MALADJUSTMENT IN STUDENT POPULATION WITH TRAITS OF BORDERLINE PERSONAL DISORDER

A.B. KHOLMOGOROVA, I.D. KLIMOVA

In article are presented the results of population research of the expressiveness (severity) of BPD traits in the student sample and their association with emotional disadaptation and various coping strategies.

60 students of psychological institution were examined (average age 21) by complex methodologies include scale dysfunctional beliefs Butler (Butler et al, 2002), and Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI-II), (Beck et al, 1993) and coping strategies inventory (COPE Inventory, C. Carver, M. Shreier, J. Weintraub, 1989).

Students with high and moderate expressiveness (severity) of BPD traits (only 37% of the sample) had significantly more expressed indicators of emotional disadaptation as symptoms of depression and anxiety compared to students who have these traits were poorly expressed or absent (63% of the sample).

In the group of students with the expressed BPD traits the disadaptive coping strategies (mental avoidance, denial, substance use) occurred significantly more frequently as compared with the group without the expressed traits of BPD.

The conclusion is that there are prevalence of BPD traits in the student population, there are close correlation of these traits with emotional disadaptation and destructive coping strategies, and the need for special training psychological assistance services in higher education system for working with this contingent.

Keywords: student population, borderline personality disorder, coping strategies, symptoms of depression and anxiety, emotional disadaptation

- Garanjan N.G., Ivanov P.A.* Aprobacija oprosnika koping-strategij (COPE). Psihologičeskaja nauka i obrazovanie. [Psychological Science and Education] 2010. N 1. p. 82–93
- Gerdeeva T.O., Osin E.N., Rasskazova E.A., Sychev O.A., Shevjahova V.Ju.* Diag-nostika koping-strategij: adaptacija oprosnika COPE. Psihologija stressa i sovladajushhego povedenija v sovremenom rossijskom obshhestve. [Psychology of a stress and coping behavior in modern Russian society]. Materialy II mezhdunar. nauch.-prakt. konf., Kostroma: Izd-vo KGU im. N.A. Nekrasova, 2010 — T. 2. p. 195–197
- Kenzin D.V.* Suicidal'noe povedenie pri pograničnom ličnostnom rasstrojstve v uslovijah sovremennoj Rossii. [Suicidal behavior and borderline personality disorder in modern Russia] Novosibirsk, 1999
- Korolenko C.P., Dmitrieva N.V.* Ličnostnye i dissociativnye rasstrojstva [Personal and dissociative disorders]. Novosibirsk: Izd. NGPU, 2006
- Maksimov A.M., Holmogorova A.B.* Social'nye i psihologičeskie aspekty fenomena mužskoj prostitucii v sovremennoj kul'ture. [Social and psychological aspects of the phenomenon of male prostitution in contemporary culture]. Kul'turno-istoričeskaja psihologija. [Cultural-Historical Psychology], 2011. № 1. — p. 80–89
- Obrosov I.F.* Rasstrojstva ličnosti u osuždennyh v mestah lišenija svobody. [Personality disorders of convicts in places of detention]. Moscow, 2005
- Tarabrina N.V.* Praktikum po psihologii posttravmatičeskogo stressa. [Workshop on the psychology of posttraumatic stress] Moscow, 2001
- Akhtar S, Byrne J.P., Doghramji K.* The demographic profile of borderline personality disorder. // J. Clin.Psychiatry.1986. 47(4): 196–8

- Blashfield R.K., Vincent Intoccia B.A.* Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. // *Am J Psychiatry*; 157:472—473, 2000
- Borderline personality disorder and trauma in homosexual male sex workers in Russia // The collected materials of The Regional Congress of the World Psychiatric Association on the subject of "Traditions and Innovations in Psychiatry". — Saint Petersburg, 2010
- Ceumern-Lindensjerna I.A., Brunner R., Parzer P., Frey M., Fiedler P., Resch F.* Perception of emotional facial expression in female adolescents with borderline personality disorder. // *Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychoter.* 2007. 35(5): 333—340
- Clarkin J.F., Hull J.W., Hurt S.W.* Factor structure of borderline personality disorder criteria. // *Journal of Personality Disorders.* 1993 137—143
- Domes G., Czeschnek D., Weidler F., Berger C., Fast K., Herperts S.C.* Recognition of facial affect in borderline personal disorder // *J. Pers. Dis.* 2008. 22(2): 135—147
- Ebner-Priemer U.W., Kuo J., Welch S.S., Thielgen T., Witt S., Bohus M., Linehan M.M.* A valence-dependent group-specific recall basis of retrospective self-reports: a study of borderline personality disorder in everyday life // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006. 194(10): 774—779
- Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community / Swartz M., Blazer D., George L., Winfield I. // *J. Personality disorders*, 1990
- Glenn C.R., Clonsky E.D.* The role of seeing blood in non-suicidal self-injury. // *O.Clin. Psychol.* 2010. 66(4): 466—473
- Godt K.* Personality Disorders in 545 Patients With Eating Disorders. // *European Eating Disorders Review.* 2008.16: 94—99
- Gunderson J.G.* Borderline personality disorder. // *A clinical guide*, Washington, 2001
- Gunderson J.G., Morey L.C., Stout R.L., Skodol A.E., Shea M.T., McGlashan T.H., et al.* Major Depressive Disorder and Borderline Personality Disorder Revisited: Longitudinal Interactions. // *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004
- Herpertz S.C., Werth U., Qunaibi M., Schuerkens A., Sass H.* Besonderheiten der emotionalen Reizverarbeitung bei Cluster B Persönlichkeitsstörungen. // *Nerve-narzt.*, 2000
- Jasch K., Hermes B., Seikowski K., Harth W.* Borderline personality disorder in dermatology. // *Hautarzt.* 2008. 59(4): 304—307
- Karterud S., Pedersen G., Bjordal E., et al.* Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. // *J. Pers. Disord.* 2003. 17 (3), 243—62
- Koenigsberg H., Kaplan R., Gilmore M., Cooper A.E.* The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: Experience with 2,462 patients. // *Am J Psychiatry.* 1985. 142: c. 207—212
- Linehan, M.M., Heard H.L., Armstrong H.E.* Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. // *Arch Gen Psychiatry*, 1991
- Lajnen M.M.* Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, 1993
- Meyer B., Pilkonis P.A., Beevers C.G.* What's in neutral face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. // *J. Pers. Disord.* 2004. 18(4): 320—336

- Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder, 2002
- Perry J.C., Cooper S.H. Psychodynamics, symptoms, and outcome and borderline and antisocial personal disorders and bipolar type II affective disorders. // The borderline: Current empirical research, Washington, DC. 1985
- Picci R.L. et al. Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment: prevalence and gender differences. // Compr. Psychiatry. 2012. 53(4): 355—363
- Reisch T., Ebner-Priemer U.W., Tschacher W., Bohus M., Linehan M.M. Sequences of emotions in patients with borderline personal disorder. // Acta.Psychiatr.Stand. 2008. 1182(1)
- Rennenberg B., Struber K., Senger-Mersicht A., Under J. Emotionale Befindlichkeit und interpersonelle Wahrnehmung bei Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörungen. // Nervenarzt, 2000
- Sansone R.A., Sansone L.A. Borderline Personality in the Medical Setting. Unmasking and Managing the Difficult Patient. // Nova Science, 2007
- Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, et al. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. // Journal of Clinical Psychiatry. 2006. 67(10): 1583—1590
- Shearer S.L. Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. // J. Nerv.Ment.Dis., 1994
- Stone M. The Borderline Syndromes: Constitution, Personality and Adaptation- N.Y., 1980
- Swartz M., Blazer D., George L.K., Winfield I. Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community. // Journal of Personality Disorders. 1990. 4: 257—272
- The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population : Prevalence rates and relation to alcohol typology variables./ Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, & Miller K.J., 1997
- Widiger T.A., Trull T.J., Clarkin J.F. et al: A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorder with the five-factor model of personality, in Personality Disorders the Five-Factors Model of Personality, 1993
- Widiger, T.A., Weissman, M.M. Epidemiology of borderline personality disorder. // Hospital and Community Psychiatry. 1991. 42, 1015—1021
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J., Reich D.B., Silk K.R., Axis I. Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission // American Journal of Psychiatry. 2004. 161: 2108—2114
- Zimmerman M., Koryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // Arch Gen Psychiatry. 1989. № 46 (8), P. 262—269

АБОНЕНТЫ С ПОГРАНИЧНОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ТЕЛЕФОНЕ ДОВЕРИЯ

Анализ случая

Н.Ю. ФЕДУНИНА

В статье рассматриваются специфика самопредъявления абонентов с пограничной личностной организацией и формы работы с ними. Анализируются особенности этих абонентов: примитивные защитные механизмы, сильные амбивалентные чувства, нарушения границ, — их проявления в обращениях на телефон доверия и влияние этих проявлений на консультантов. Приводится анализ случая пограничного абонента сквозь призму размышлений консультантов во время интервизий и супервизий.

Ключевые слова: пограничные абоненты, телефон доверия, пограничная личностная организация

Абоненты с пограничной личностной организацией составляют значительную долю постоянных абонентов (ПА) [Koch, 2005]. Эти абоненты годами используют телефон доверия, однако отказываются от разрешения проблем, не обращаются на очную терапию и могут вызывать сильную фрустрацию у опытных консультантов. Добрая половина психологов, работающих на ТД, а также волонтеров, вспомнит, что одной из первых консультаций на ТД для них оказался звонок ПА. Консультанты разных стран и разных телефонов отмечают удивительную, практически мистическую способность ПА «находить» новичков, с которыми можно было бы нарушить все ограничения, границы и правила [Hall, Schlosar, 1995].

Как ни парадоксально, наряду с ростом интереса к психологической практике и ее анализу, рассмотрение работы консультанта с точки зрения его осведомленности не просто о категориях звонков (по тематике), но и об абонентах с разной личностной структурой, практически отсутствует в основном акцент делается скорее на полюс консультанта: его профессиональных качествах, эмпатичности, умении слушать и пр. В знаменитом треугольнике Ф.Е. Василюка, включающем консультанта, клиента (абонента) и проблему, этот акцент

образует значительный перекосяк на полюсы консультанта или проблемы. Треугольник перестает быть равнобедренным, а в исследовании и практике возникают существенные лакуны.

В одной из предыдущих статей мы рассмотрели особенности работы на Телефоне Доверия с психотическими абонентами [Зосимова и др., 2012]. В данной статье мы обратимся к специфике самопредъявления абонентов с пограничной личностной организацией и формах работы с данной категорией абонентов.

Случай абонента Б.

Пограничные абоненты часто доставляют консультантам много некомфортных переживаний и выносятся на интервизии и супервизии. На одной из интервизий, посвященной пограничному абоненту Б., нас заинтересовало, как консультанты размышляют об этом случае, как отражается психическая реальность этой категории абонентов в их профессиональном дискурсе. Мы рассмотрим некоторые особенности консультирования абонентов с пограничной личностной организацией на примере этого случая — качественного и количественного контент-анализа записей интервизии, на которой он обсуждался.

В первые годы (да порой и сейчас при разговоре с начинающим консультантом) абонент втягивал консультанта в сексуальную проблематику (как он недавно признался — это его любимая игра, в которую, к сожалению, консультанты больше «не играют»). Отметим, что перверсные сексуальные тенденции, согласно Кернбергу, является важным симптомом для выявления пограничной личности [Кернберг, 2000]. Однако вне зависимости от предъявляемой тематики (которая могла быть чрезвычайно обширной), консультанты отмечали особое воздействие, которое этот абонент имел на них: *«Он входит в такой глубокий контакт с вашим бессознательным. Он в какой-то степени одаренный человек. 25 лет его супервизируют все телефоны доверия. И на каком уровне! Супервизоры самые-самые»* (респондент Ф.). Интересно обилие слов, отражающих метафорику поглощения, в которой описывали консультанты абонента Б. — «уволочь» (1; 0,0006), «заглотать» (2; 0,0012), «съесть» (1; 0,0006), «сожрать» (1; 0,0006): *«Я буквально на прошлой неделе попала на сексуальную манипуляцию. Он меня использовал по полной. Я думала, что этого уже никогда в жизни не будет. Пока я собиралась, пока я настраивалась, он уже успел меня сожрать»*. Эта метафорика отражает что-то звериное, дикое, связанное с отношением к добыче и обращением с ней: *«Основной механизм — проективной идентификации — свою отщепленную часть, непереносимую в себе, поместить в другого и потом уже терзать и рвать эту часть в вас»* (респондент Л). Вся сила мощной ран-

ней агрессии вкладывалась абонентом в садистическое, деструктивное, упивающееся властью воздействие на объект — консультанта. Отсюда и глубина переживаний, которые этот абонент способен вызвать у неподготовленного психолога, ставящего перед собой цель эмпатически отзваться на сообщение абонента и всеми силами пытаться ему помочь. Ненависть данного абонента может быть охарактеризована описанием О. Кернберга, согласно которому основным здесь является не желание уничтожить объект, а стремление поддерживать отношения с ненавистным объектом, отыгрывая отношения между активным садистом и парализованной жертвой [Кернберг, 1998].

Формирование пограничной личностной структуры, согласно Ж. Бержере, объясняется психической травмой, пережитой в детстве [Бержере, 2001]. Об этом размышляют и консультанты. Причем в центре их внимания не только индивидуальная история абонента, но и тема трансгенерационной передачи травмы: *«Он рассказывал о себе, что у него вертухай в роду. Оттуда и расщепление травматическое. Да, они умели «рассказывать» психику любого человека. Любыми манипуляциями дожать, чтобы всякая защита снялась. Тогда уже все подпишешь. Через доведение до состояния объекта. Ты никто, ты ничто. Может быть, отыгрывает какую-то свою травму»* (респондент Ф.).

Травматический опыт и невозможность его переживания приводит к нарушениям интеграции идентичности, разрывам и противоречиям Я, развитию примитивных защитных механизмов (отрицание, расщепление, проекция), сильным амбивалентным чувствам в отношении социального окружения, несмотря на сохранность тестирования реальности. Согласно Кернбергу, при пограничной психической организации остается недостижимой интеграция в цельное Я «хороших» и «плохих» образов Я, и аналогично с образом других. «Все Я- и объект-репрезентации остаются нецельными, взаимопровержающими когнитивно-аффективными репрезентациями» [Кернберг, 2000, С. 14].

Такие люди, неспособные удержать воедино конфликтующие стороны своей личности, выплескивают свой внутренний конфликт на группы, сеют вокруг себя раздор, а затем обвиняют других в своих дисфункциях [Холлис, 2011]. Сложность для «телефона доверия» как коллектива представляла не только сила испытываемых консультантами переживаний, но и их амбивалентность, а также сильные контр-переносы: *«Когда мы супервизировали коллег, я впервые это так отчетливо поняла. Кто-то говорил, что абоненту А. невозможно помочь и надо установить жесткие рамки. А другие консультанты начинали спорить и утверждать, что их консультации продуктивны и абоненту становится лучше. Расщепление, переживаемое абонентом, как мы видели, проецируется и на людей,*

которые с ним работали, ввергая в хаос и замешательство» (респондент Ф.). Эти абоненты могут мгновенно переходить от идеализации к обесцениванию, что является проявлением защитного механизма расщепления. Более того, сила воздействия на коллектив телефона доверия заключается в эктериоризации расщепления — идеализации и похвале одних консультантов и обесценивании других. Н. Мак-Вильямс отмечает эту особенность на материале служащих стационаров, которые во время обсуждения пограничных клиентов часто оказываются поделенными на два лагеря, а также склонными либо к чрезмерному сочувствию, либо к чрезмерной карательности [Мак-Вильямс, 2006].

Хаос, беспомощность, которые привносят эти абоненты в консультацию, могут провоцировать консультанта на повышенную вовлеченность, уверенность в необходимости и возможности срочно помочь, облегчить страдание, спасти — и в итоге консультант может оказаться втянутым в ту же воронку, нарушить все правила и границы и почувствовать себя разрушенным и разбитым после звонка. Эти абоненты вызывают сильные переживания, контр-переносные реакции у консультантов. Забота консультантов ТД о себе требует также осознания, что одним из проявлений фрагментации внутренней жизни абонента является тенденция разделить фрагменты своей личной истории среди разных людей, разных консультантов службы. У каждого консультанта оказывается отдельная часть, но никто не обладает всей историей целиком. Это вносит разлад и расщепление в саму службу. Супервизии и интервизии, а также понимание механизмов расщепления необходимы для предотвращения «заражения» ТД.

Звонки абонента Б. зачастую содержали вопль-просьбу о помощи, сообщение о невыносимости жизни — «повеситься хочется». Однако все возможные действия консультанта мгновенно обесценивались. С одной стороны, пограничным пациентам вообще очень трудно принять помощь [Мак-Вильямс, 2006], с другой стороны, в случае данного абонента такая тактика вписывалась в центральную для него стратегию — игры. Несмотря на сохранность тестирования реальности, у абонента не хватало ни желания, ни мужества с ней соприкоснуться в рамках звонка. Тема игры и реальности была центральной в обсуждении этого случая. Эти слова были среди наиболее высокочастотных, занимая первую и третью ранговую строчку: «реальность» (15; 0,0092), «игра» (8; 0,0049).

Тема игры прозвучала в анализе разных «позиций» (вторая ранговая строчка (11; 0,0068)), а также «ролей» (6; 0,0037): «ребенка» (8; 0,0049), «подростка» (4; 0,0024), «деда» (4; 0,0024) и пр. Все те роли, которые «играет» абонент в противовес позиции «взрослого» (6; 0,0037). Ролевой «репертуар» (3; 0,0018) данного абонента был чрезвычайно широк:

«Первые консультации с ним: он — растерянный мальчик-подросток. “Помогите. Мне плохо”. И к этой части начинаешь подставлять руки. Он играет. То он ребенок, то он обиженный подросток, то он несчастный взрослый, у которого нет денег» (респондент М.).

Другой человек, консультант, нужен абоненту только как объект. В случае постоянного абонента Б. — это объект в игре. В своих звонках Б. практически неизменно предстал в своем всемогуществе режиссера. Консультант оказывался не в пространстве реальности диалога, не в пространстве Я — другой Я — Ты, но пешкой, объектом в большой игре создателя-абонента. Консультант — по всем правилам проективной идентификации — должен был пережить постепенное нисхождение к ничто, исчезновение деструкцией поглощение или брошенность — ключевые чувства для данной личностной структуры.

Характерен и образный ряд, описывающий отношения абонента и консультанта: удав в цирке, обвивающий человека (*«удав ползет на тепло, и когда он делает первый круг, главное — не дать ему закрепиться, сбрасывать»* (респондент Ф.)), ловец рыбы, факир на дне ямы, зазывающий туда жертву.. Эти и другие образы подбирались консультантами для описания манков, описания превращения абонентом консультанта в объект: *«Для меня Х. был тем удавом, который крючок зацепил: ага, заглотнула», он круг обвил. Потом следующий крючок — «заглотнула». И потом, в конце концов, вас просто нет. Вы — объект. Полное расщепление. Потом выходишь отсюда и не знаешь, в какую сторону идти, месяц в себя приходишь».*

Понятия роли и реальности используются и для описания консультативной позиции: *«Когда говорю с Б., я обращаюсь к его взрослому. Я его в реальность возвращаю»* (респондент Е.), в которой консультант не принимает игру абонента, выходит из нее, обращается к реальности: *«То есть метафорически он в яме, и из этой ямы, как факир, зазывает нас. А потом получается перевертыш: мы оказываемся там, а он наверху. И там он уже с нами делает что хочет. Консультант же говорит: «Вижу и тебя, и дудочку, вполне ты ей умеешь управлять, и подниматься можешь, и опускаться можешь, а я вот здесь, я туда не хочу. Давай, поднимайся, и здесь будем говорить».* Возвращение к реальности можно описать как основную стратегию работы с этим абонентом: *«Я его возвращаю в реальность все время. Он там, в этом психическом, где он о-го-го, там он может кем-то стать. А я его возвращаю сюда, где мы ходим, живем ... я его вовлекаю во внешнюю реальность, я его выдергиваю оттуда, из его внутренней ужасной психической реальности, где он может все что угодно. Его особенность в том, что в реальности он в контакт ни с кем вступать не собирается. Он в этой своей виртуальной психической придуманной реальности. Это всегда псевдо-контакт, это суррогатный контакт. Он туда улокачивает»* (респондент Л.).

Уже этот отрывок отражает дихотомию действий абонента и консультанта. Консультант «возвращает» (4; 0,0024), «вовлекает» (1; 0,0006), «выдергивает» (1; 0,0006). Отвечая из позиции реальности, консультант может принять и игровую позицию. *«Но это играющий взрослый. Это человек, который способен осознавать свою позицию, занимает метапозицию. Играющий взрослый — это спонтанный внутренний ребенок. Абонент предвъявляет манипулятивного, псевдорбенка, ложного ребенка. А ему противопоставляется здоровая позиция спонтанного ребенка. Он в ролях — и мы в ролях. Но мы в ролях неманипулятивных. Вот он обвивает кольцо «я ребенок» — спустили. Потом следующее кольцо «я подросток» — спустили, «взрослый» — спустили, «дедушка» — спустили. И ни одним он не зацепился»* (респондент Ф.).

Основные мотивы звонков данного абонента не зависели от конкретного содержания. Оно, как и выбираемые им роли, претерпевало существенные изменения. Этот фактор отражает и позицию Б. Коха, рекомендующего больше обращать внимание на процесс, а не на содержание звонка этих абонентов. Содержание может часто быть ненадежным, искаженным, разрозненным, запутанным и сложным для восприятия и понимания, или же второстепенным. Однако за ним стоят чувства растерянности, страха, страдания. Именно они могут являться предметом работы, а не прояснение путаницы в деталях.

В силу недостаточной интеграции Я, консультативная среда для этих абонентов должна быть не только поддерживающей, но и структурирующей. Сюда относятся и границы и ограничения (касающиеся длительности, частоты звонков и пр.). Абонент может пытаться атаковать их, но они необходимы как для консультанта, так и для самого абонента, личный опыт и интериоризированные объектные отношения которого говорят ему, что никто не держит своего слова, не делает то, что говорит, не соблюдает границ.

Заключение

Б. Кох полагает, что в ТД должен поддерживать контакт с терапевтической командой, которая ведет этого пациента, чтобы обращения на ТД не оказались контр-продуктивными [Koch, 2005]. Однако в российской действительности подавляющее большинство абонентов с пограничной личностной структурой не проходят своей терапии и зачастую используют ТД не для решения проблем, а для снижения свойственной для этой личностной организации тревоги, отыгрывания, манипулятивной игры и других целей. Знание об особенностях личностной структуры и ее проявлениях — недостаточная интеграция Я, примитивные защитные механизмы при сохранности тестирования реальности — может оказаться

важным средством не только в выстраивании эффективной терапевтической коммуникации, но и в защите от профессионального выгорания, вероятность которого повышается в разы при работе с пограничными и психотичными абонентами, особенно патологическими.

ЛИТЕРАТУРА

- Бержере Ж.* Психоаналитическая патофизиология: теория и клиника / М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2001
- Зосимова М.Г., Лукацкая Т.Е., Мусаева Ф.Ц., Федунина Н.Ю., Чурсина Е.А.* Ваал, или случай работы с психотической постоянной абоненткой на Телефоне Доверия // Журнал практической психологии и психоанализа, 2012, № 4
- Кернберг О.Ф.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. / Перевод с английского и научная редакция А.Ф. Ускова. Москва, Независимая фирма «Класс», 1998
- Кернберг О.Ф.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. / Перевод с английского М.И. Завалова под редакцией М.Н. Тимофеевой. Москва, Независимая фирма «Класс», 2000
- Мак-Вильямс* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. Москва, Независимая фирма «Класс», 2006
- Джеймс Холлис.* Почему хорошие люди совершают плохие поступки. Понимание темных сторон нашей души. М., Когито-Центр, 2011. Ст. 103—111
- Barry Hall, Hilde Schlosar* Repeat Callers and the Samaritan Telephone Crisis Line-A Canadian Experience // Crisis, 16/2 (1995)
- Koch B.J.* Management of repeat hotline callers with borderline personality disorder // 29th Annual Convening of Crisis Intervention Personnel 3rd Annual Col laborative Crisis Centers Conference May 6, 7, 8, 2005 Chicago, Illinois <http://www.uic.edu/orgs/convening/repeat.htm>

PATHOLOGICAL CALLERS WITH BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION ON HELPLINE. A CASE-STUDY

N.YU. FEDUNINA

The article deals with specific features of callers with borderline personal structure and forms of work with this category of callers. Characteristic features of these people — primitive defense mechanisms, strong ambivalent feelings, personal borders disturbances — are analyzed by their manifestations in calls and their influence on counselors. In the end a case of pathological caller is analyzed through the prism of counselors' discussions in interventions and supervisions.

Keywords: pathological callers, helpline, borderline personality

- Berzhere Zh.* Psichoanaliticheskaya patopsikhologiya: teoriya i klinika / M.: MGU im. M.V. Lomonosova, 2001
- Zosimova M.G., Lukatskaya T.E., Musaeva F.TS., Fedunina N.Yu., CHursina E.A.* Vaal, ili sluchaj raboty s psichoticheskoy postoyannoju abonentkoju na Telefone Doveriya // *ZHurnal prakticheskoy psichologii i psichoanaliza*, 2012, № 4
- Kernberg O.F.* Agressiya pri rasstrojstvakh lichnosti i perversiyakh Tyazhelye lichnostnye rasstrojstva. Strategii psichoterapii. / Perevod s anglijskogo i nauchnaya redaktsiya A.F. Uskova. Moskva, Nezavisimaya firma "Klass", 1998
- Kernberg O.F.* Tyazhelye lichnostnye rasstrojstva. Strategii psichoterapii. / Perevod s anglijskogo M.I. Zavalova pod redaktsiej M.N. Timofeevoj. Moskva, Nezavisimaya firma "Klass", 2000
- Mak-Vil'yams* Psichoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse. Moskva, Nezavisimaya firma "Klass", 2006
- Dzhejms KHollis.* Pochemu khoroshie lyudi sovershayut plokhie postupki. Ponimanie temnykh storon nashej dushi. M., Kogito-TSentr, 2011. St. 103—111
- Barry Hall,* Hilde Schlosar Repeat Callers and the Samaritan Telephone Crisis Line-A Canadian Experience // *Crisis*, 16/2 (1995)
- Koch B.J.* Management of repeat hotline callers with borderline personality disorder // 29th Annual Convening of Crisis Intervention Personnel 3rd Annual Col-laborative Crisis Centers Conference May 6, 7, 8, 2005 Chicago, Illinois <http://www.uic.edu/orgs/convening/repeat.htm>

ПУБЛИЧНАЯ ЛЕКЦИЯ А. ЛЕНГЛЕ «ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО- ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ»

материал подготовлен редактором журнала М.А. Кониной
на основе аудиозаписи перевода Е.Н. Осина

Статья является изложением материала публичной лекции профессора А. Лэнгле по клиническому применению экзистенциального анализа в терапии пограничного личностного расстройства. Лекция прочитана в Москве 26.02.2014.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, экзистенциальный анализ, феноменологический подход

Этот человек как голограмма: смотришь на него и кажется,
что это что-то настоящее, но это просто эффект внешних,
отраженных им, пересекающихся лучей.

Испытывая боль, я понимаю: «Вот он я!»
А. Лэнгле

«Сегодня мы поговорим о пограничном расстройстве личности. Это действительно сложная тема, и я рад, что она вызвала у вас интерес. Я благодарю вас за то, что вы пришли. Пограничное личностное расстройство приносит очень много вреда людям, семьям и обществу в целом, поэтому важно, чтобы знание об этом заболевании распространялось как можно шире. Сам по себе термин «пограничное» уже включает в себе отсылку к трудности, которая содержится в этом расстройстве. «Я ненавижу тебя — но не бросай меня», — это очень точная характеристика внутреннего мира, в котором живут личности с пограничным расстройством, эта же фраза очень хорошо иллюстрирует, как это расстройство личности

проявляется в отношениях. Давайте попробуем сфокусироваться на проблеме, которая строит за пограничным, как мы называем его научным языком, расстройством. Почему мы так его называем? В чем эта граница?

В 50-е — 60-е годы прошлого века к психоаналитикам стали приходиться клиенты, лечить которых было очень сложно. Они проходили терапию долгое время, но улучшений в их состоянии не происходило. Психоаналитики характеризовали этих людей как пациентов с тяжелой регрессией, связанной с переносом. В 1972 году Малер описал динамику отношений таких пациентов и их состояний, близких к психотическим, высокую вероятность того, что с таким человеком в любой момент может случиться психотический эпизод. Позже большой вклад в понимание этого личностного расстройства внес Отто Кернберг: он предложил шаги, которые должны делать психоаналитики в терапии таких пациентов для того, чтобы не подталкивать пограничных пациентов к психотическому состоянию.

В чем состоит страдание пациента с пограничным расстройством личности? В чем их психопатология? И чем это расстройство отличается от психоза?

Это расстройство мы называем личностным расстройством, имея в виду, что у человека нарушен процесс переработки информации, в первую очередь эмоций. Личностное расстройство можно сравнить с пятном на одежде. Давайте представим, что во время еды мы испачкали одежду, и на ней осталось жирное пятно. Если после стирки пятно исчезло, то образ такого пятна на одежде может быть примером невротического нарушения. Невроз не меняет саму структуру процессов, которые протекают в личности. Невроз как песок, который попадает в механизм, или как жирное пятно на одежде, которое можно отстирать. Личностное расстройство — это такое пятно, которое въелось глубоко в ткань и окрасило ее настолько, что уже не понятно, какого цвета эта ткань была. Личностное расстройство сильно влияет на структуру личности, на структуры восприятия реальности и реагирования на внешние события.

И это отличает личностное расстройство от неврозов. У человека может быть страх одиночества, или наоборот социофобия. Но если у человека невроз, то он знает, что с ним что-то не в порядке. Человек с личностным расстройством не понимает, не верит, что с ним что-то не так, даже когда в течение десяти-двадцати лет окружающие люди говорят ему об этом. Человек с расстройством личности воспринимает реальность и свои реакции на нее как совершенно нормальные. Люди с нарциссическими, истерическими и другими личностными расстройствами верят, что реальность такова, какой они ее видят. Проблема для них

заключается не в них самих, а в других людях. Поэтому с таким человеком намного сложнее жить или работать, и его очень сложно лечить. Вы не можете обсудить с ним его поступки, он сам воспринимает свои импульсы, свои реакции, свои чувства как абсолютно нормальные. И в этом люди с пограничным личностным расстройством близки к людям с еще более тяжелыми расстройствами — с психозами.

У человека находящегося в психозе могут быть галлюцинации — звуковые или зрительные, у него могут быть нарушения мышления, и при этом человек совершенно не понимает, что с ними что-то не так. Но разница между психозами и личностным расстройством очень четкая. Люди с личностными расстройствами имеют хорошую связь с реальностью и успешно в ней функционируют. Они могут эффективно работать, жить семейной жизнью, читать книги, или даже писать их... Тогда как человек с психозом не связан с реальностью. У человека с психозом картина реальности не соответствует самой реальности. Он может видеть то, чего нет, и чего не видят другие. Психотик живет в своем мире, и все окружающие люди это чувствуют. Тогда как человеком с личностным расстройством, с пограничной личностью, может нормально говорить и понимает все, что вы говорите. Благодаря возможности этого понимания у людей возникает ощущение, что человек нормален. Возникает ощущение, что раз он рационален, то его поведение может быть следствием его характера, дурных привычек, и человек в силах это изменить при желании. Но это совершенно неправильный взгляд. И поэтому важно, чтобы как можно больше людей знали о пограничном расстройстве личности. Не смотря на то, что человек с пограничным расстройством личности с вами нормально говорит (и с ним, например, можно обсудить даже философию), он не может измениться, и дело не в его характере.

Если мы сфокусируем пограничное личностное расстройство в одной точке, то можно сказать, что пограничный человек — это человек, страдающий от нестабильности своих внутренних импульсов и чувств. Люди с пограничным расстройством могут испытывать яркие чувства любви и ненависти. Но особенность пограничной личности заключается в том, что эти чувства возникают у них только или почти только в процессе взаимодействия с другими людьми. Эти импульсы являются способом, которым они устанавливают контакт с миром. Им очень сложно распознавать или интегрировать свои негативные чувства. Когда они испытывают боль, раздражение, или кто-то их критикует — то эти негативные чувства заставляют их терять себя. Конечно каждому из нас нужно перерабатывать свои негативные чувства. На это нужно время и специальные усилия. Одному нужно посидеть поплакать, другому

позаниматься спортом для того, чтобы принять негативные чувства и прийти в себя... Но человек с пограничным расстройством просто не может этого сделать, негативные чувства заставляют его страдать слишком сильно. И тогда пограничный человек реагирует своими взрывными импульсами, пытаясь донести свои проблемы до окружающих людей, перекладывая их на других людей.

Они действительно не способны справляться со своими проблемами, хотя внешне они кажутся более сильными, чем они являются на самом деле. Это постоянно сбивает с толку. На самом деле пограничные люди как 4—5 летние дети. При этом их внешние реакции могут быть как у очень сильных людей. Их реакции могут вызывать страх у окружающих.

Если посмотреть на симптомы пограничного личностного расстройства, которые описаны в DSM-IV, то первый симптом — **постоянные попытки избежать отвержения (как реального, так и воображаемого) других людей**. И это центральный и, может быть, наиболее важный симптом. Люди с пограничным личностным расстройством не могут выдерживать одиночества. Даже точнее сказать не одиночества. Они могут оставаться наедине с собой, но они не могут перенести, когда кто-то их бросает. Между одиночеством и «оставленностью» есть большая разница. Они могут спокойно жить в одиночестве долгое время. Вот люди с истерическим расстройством не могут жить одни, а люди с пограничным вполне могут. Однако если они находились с кем-то в отношениях, и были брошены, то боль разрыва для них сильнее, чем они могут вынести. И люди с пограничным расстройством могут реагировать на это расставание очень импульсивно, агрессивно. А иногда напротив — очень спокойно, и даже создавая очень приятное ощущение. У людей с личностными расстройствами могут быть очень разнообразные реакции.

Из этого первого симптома, неспособности выдержать любое расставание или разрыв, следует второй симптом — **очень высокие интенсивность и нестабильность межличностных отношений**. Один из моих клиентов с пограничным личностным расстройством пришел ко мне в костюме сразу с Венского Бала. Я спросил его: «Вы сегодня так хорошо одеты, что такого особенного происходит, для чего Вы так одеты»? Отвечает: «Вчера я пошел на бал, там познакомился с женщиной, мы с ней танцевали, потом мы поехали к ней, я провел у нее ночь — и пришел к Вам в той этой одежде, потому что у меня просто не было возможности переодеться». Вот это интенсивные межличностные отношения! В течение трех недель он проводил у нее каждую ночь. У них были интенсивные отношения, он практически «поедал» ее. Через три недели она сказала ему: «Мне кажется, мне нужно чуть больше пространства для себя». И он сразу разорвал с ней отношения и больше никогда с ней не видел.

ся. Его переполнила тревога, что она может его бросить. Хотя у этой женщины не было намерений его бросать. Эти отношения ее устраивали, она просто хотела немножко меньше интенсивности. Не удивительно, что его реакция, этот неожиданный разрыв отношений, очень сильно ранил эту женщину. Он же обесценивал ее передо мной, он говорил: «Она — шлюха! Это самая ужасная женщина из тех, с которыми я встречался!» Это и есть пример нестабильности, когда человек идеализирует и обесценивает своего партнера, и это может происходить чуть ли не одновременно. То есть отношения очень интенсивные, насыщенные, но нестабильные.

Третий симптом пограничного расстройства — **эти люди не знают, кто они**. Их представление о себе тоже очень нестабильно. Они не понимают, что с ними происходит, что для них на самом деле важно. Сегодня может быть одно, а завтра совсем другое. У них такая же нестабильность в отношениях с самими собой, как с другими людьми. (Конечно, любые отношения нестабильны).

Четвертый симптом — это **импульсивность**. Нестабильность постоянно подталкивает их к импульсивному поведению. Особенность импульсивности пограничной личности заключается в том, что она вредит им самим. Например, они могут потратить огромное количество денег за одну ночь, или могут устраивать сексуальные вечеринки, оргии с большим количеством сексуальных партнеров, мужчин или женщин. (Наверное, можно сказать, что женщины чаще страдают пограничным личностным расстройством, хотя точной статистики на этот счет нет). Или они могут злоупотреблять веществами — спиртными напитками, лекарствами или наркотиками. У них могут быть мощные импульсы — тяга к тому, чтобы выпиться... — а потом несколько недель никакого алкоголя. Конечно некоторые из них могут выработать зависимость от алкоголя или наркотиков, но это вовсе не обязательно, и это скорее следствие. Часто люди с пограничным личностным расстройством могут страдать булимией. Это более характерно для женщин, для мужчин — алкоголизмом... опасное вождение на высокой скорости по городским улицам. Многие из этих импульсов приводят к опасности — они опасны как для них самих, так и для общества.

Пятый симптом: **люди с пограничным расстройством живут настолько близко к грани бытия, что они часто могут совершать попытки суицида**. У них есть этот импульс, направленный на себя, и для них не сложно попытаться совершить суицид. Они не так уж редко умирают от суицида.

Шестой симптом — **эмоциональная неустойчивость**. Настроение может меняться очень быстро, или очень сильно. Сейчас у них депрессия, через час вдруг раздражение, через пару часов — тревога.

Седьмой симптом — **хроническое чувство внутренней пустоты**. Внутри себя они не чувствуют ничего. Испытывая пустоту, постоянно ищут внешних стимулов, толчков, в виде секса, в виде веществ, или чего-то еще, что подтолкнуло бы их почувствовать.

Восьмой симптом — **они испытывают неадекватно сильный гнев**, и им сложно его контролировать. Они часто демонстрируют свой гнев. Например, для них не составляет проблемы побить на улице кого-то, кто к ним пристаёт или даже дотрагивается.

И девятый симптом, который был добавлен к этому списку позже, заключается в том, что **у них часто бывают паранойяльные воображения или симптомы диссоциации**. Они чувствуют, что другие хотят им навредить, контролировать их — и это паранойяльные мысли. Или у них может быть внутренняя диссоциация: одни могут одновременно испытывать разные импульсы, не осознавая их.

Если мы посмотрим на все эти симптомы, то можно выделить три основные группы. По наличию этих трех групп симптомов можно заподозрить у человека наличие пограничного личностного расстройства: **первая группа — это интенсивность импульсов, вторая группа — это нестабильность, и третья — импульсивность. Их поведение подчинено их динамическим импульсам.**

Интенсивность, нестабильность и импульсивность придают большую энергию личности. Но для пограничного человека то, что с ним происходит — это настоящее страдание. Когда эти люди действуют импульсивно, то не они принимают решения, а что-то с ними происходит. Они, может быть, даже не хотят так себя вести, но они не могут себя сдержать — они должны подчиниться своему импульсу или взорваться. Мы можем упрекать людей, которые так себя ведут, но понимая динамику их расстройства, мы видим, что за этими симптомами, которые нам не нравятся, стоит большое страдание. И мы можем понять и принять их благодаря этому знанию.

Для того, чтобы понять суть страданий человека с пограничным личностным расстройством, зададим себе вопрос: «Чего им не хватает, чего они ищут»? Ответ: «Они ищут себя»! Они ищут себя, и не понимают, кто они. Они — ничто. Они не понимают, что они чувствуют. Их чувства говорят им: «Меня не существует! Я могу работать, думать, могу общаться с людьми! Но являюсь ли я собой? Кто я такой?»

Жить в таком состоянии, без ощущения себя, очень трудно. Можно относиться к себе рационально, но без этого внутреннего ощущения сложно жить. Человек хочет выйти из состояния внутренней серости, пустоты. Как же он пытается разрешить для себя эту ситуацию?

Он стремится испытывать переживание, которое спасет его из этой пустоты. И в первую очередь это переживание в отношениях. В отноше-

ниях у них появляется жизнь, они начинают чувствовать: «Вот теперь я по-настоящему существую!»! Такому человеку нужен кто-то, кто будет рядом с ним, чтобы благодаря этому человеку у него возникло ощущение самого себя. Но если рядом нет другого человека, если они находятся в какой-то тяжелой ситуации, то им нужно как-то почувствовать себя, свое тело. Они тогда они могут резать себя ножами или бритвами, или тушить сигареты о свою кожу, или прокалывать живот иголкой, или пить крепкий алкоголь, ощущая как жжет изнутри. Способы испытать боль могут быть самыми разными. Одни из моих пациентов с таким расстройством (он был врачом, ему было тридцать пять лет) настолько интенсивно ездил на велосипеде, что ему приходилось постоянно делать операции на колени, потому что его коленные суставы изнашивались.

Чувство боли приносит ему удовольствие. Понимаете ли вы почему? Потому что когда я испытываю боль — то у меня возникает ощущение, что я существую. Испытывая боль, я понимаю: «Вот он я!»

Человек с пограничным расстройством страдает, потому что не чувствует себя, у него нет представления о себе. У него нет внутренней структуры Я, и ему постоянно нужен аффективный импульс. Без импульса он не может выстроить внутреннюю структуру Я.

Поэтому у него возникает ощущение, что если я не чувствую — я не живу! Если я не чувствую — то я не являюсь самим собой. И это верно, потому что если мы не чувствуем, мы не можем понять, кто мы! Сама такая реакция на отсутствие чувств — нормальна. Но тот способ, которым эти люди пытаются справиться с ситуацией, не очень хорош, потому что это помогает здесь и сейчас, на какой-то момент, но не дает ему доступа к своим чувствам.

У человека с пограничным расстройством могут возникать «фейерверки чувств», а потом опять «темная ночь». Потому что он применяет неправильные способы, чтобы испытать чувства. Например, чтобы утолить эмоциональный голод, он может злоупотреблять отношениями!

Можно представить себе, что пограничные пациенты близки депрессивным, но есть разница. У депрессивного человека есть ощущение, что сама жизнь нехороша, он тоже ощущает нехватку жизни, как и пограничный. Но если у человека с депрессивным расстройством есть ощущение, что жизнь нехороша, то человек с пограничным расстройством понимает, что жизнь может быть прекрасна, только он не знает, как ее достичь.

Откуда берется **нестабильность**, откуда берется **постоянный переход в противоположности**, из черного в белое, из позитива в негатив? Люди с пограничным расстройством испытывают позитивный опыт встречи и переживают его, как и все мы, как нечто очень ценное. Когда они чувств-

вуют любовь, то как и мы все, они чувствуют большую жизнь внутри себя. Например, когда их хвалят перед какой-то группой людей, у них тоже возникает очень хорошее чувство, и они начинают ощущать себя. Мы все так реагируем на эти ситуации. Когда нам говорят: «Ты справился, ты сделал это хорошо», — это приближает нас к самим себе. Но мы в норме итак находимся в достаточно близких отношениях с собой, и когда нас хвалят, мы лишь еще немного приближаемся. Тогда как пограничный человек всегда начинает с нуля. То у него внутри пустота, полное ничто, то вдруг он испытывает любовь, похвалу — и внезапно он приближается к себе. То у него не было ничего, никакого ощущения — и вдруг такое яркое. Разница очень большая. Но это его приближение к себе возникает только благодаря тому, что есть кто-то другой, кто его любит, или кто хвалит его. Это не его собственный процесс, а процесс, который целиком и полностью зависит от чего-то внешнего. Этот человек как голограмма: смотришь на него и кажется, что это что-то настоящее, но это просто эффект внешних, отраженных им, пересекающихся лучей.

Люди, которые любят пограничного человека или хвалят его, воспринимаются им как абсолютно хорошие, идеальные. Потому что эти люди помогают ему почувствовать себя так хорошо! Но что же происходит, если эти люди критикуют его? Когда пограничного человека критикуют, он не просто проваливается с этой высоты, а куда-то еще глубже, чем другие. Тогда он начинает чувствовать, как будто другой человек разрушает его, уничтожает его ощущение себя — и это приносит боль. И конечно разумно представить себе, что человек, который делает мне так плохо — это просто нехороший человек. Тот самый человек, который недавно был ангелом, вдруг оказывается для пограничного человека дьяволом. Этот опыт можно назвать адским, потому что человек вновь не понимает, кто он. Когда он выпадает из симбиоза с людьми, которые дают ему хорошие чувства, это так болезненно, что переживание нужно отделить, разорвать что-то, что его с этим чувством связывает.

Он может разделить другого человека во времени. Например, может сказать про отца или мать, что раньше он был таким прекрасным, а теперь — настоящий дьявол. Потому что внутренне пограничному человеку трудно совместить эти два переживания, связанные с одним и тем же человеком. В один день, например, отец, говорит такому человеку, что он хороший. Но как же можно представить, что тот же человек может сказать: «У тебя получилась ерунда»?! Если в норме мы обычно понимаем, что похвала и критика — это часть одной и той же реальности, то для пограничного человека их невозможно вместе соединить. Поэтому у них в один момент отличные отношения с собой, а в другой момент — только пустота и боль внутри. Человека, которого он только что

любил, он вдруг начинает ненавидеть. Эта ненависть вызывает много гнева, и человек с пограничным личностным расстройством может проявлять агрессию, или у него возникают импульсы, чтобы ранить себя. Такая разделяющая диссоциативная реакция характерна для пограничных личностей. Разделение связано с тем, что они не хотят испытывать те чувства, которые они испытывают, когда их критикуют. Критика настолько болезненна, что они чувствуют, что как бы растворяются.

Они защищают себя, пытаясь поддерживать этот симбиоз, чтобы вернуться обратно в состояние, когда их любили, хвалили — потому что это то состояние, в котором они могут жить. Но это внутреннее позитивное ощущение себя искусственно в том смысле, что оно зависит целиком от другого человека. И это приводит к симбиозу, к зависимости. У них нет внутреннего представления о себе, поэтому они все проецируют вовне на других людей — чтобы вовне что-то понять. Можно сравнить это с поведением 5-летнего ребенка. Когда пятилетний ребенок встречается с чем-то, что ему не нравится, он может закрыть глаза и представить, что этого нет. То же самое делает пограничный человек на психологическом уровне. Он отделяет что-то — и этого как бы больше нет.

Что говорит о пограничном расстройстве личности феноменологический подход, экзистенциальный анализ?

Что приводит человека к утрате себя? Утрата себя у пограничных людей связана с двумя вещами, переживаниями и реакциями. С одной стороны, они постоянно переживают насилие и какое-то непостоянство других, во власти которых они находятся (в прошлом у них может быть опыт сексуального или эмоционального насилия со стороны других членов семьи), и эти противоположные переживания связаны с важными для них людьми, разрывают их в противоположных направлениях. Часто люди с пограничным расстройством — это люди, выросшие в семьях, где было много напряжения, скандалов, амбивалетного отношения со стороны близких людей.

Приведу пример. Десятилетнюю девочку изнасиловал отец, после чего мать оставила ребенка наедине с этим, сказав, что покончит с собой, если дочь кому-то об этом расскажет. Можно задать вопрос: «Что нанесло ребенку большую травму — поступок отца или поведение матери»? Потому что то и другое одинаково тяжело. Когда эта пациентка пришла ко мне, ей было 28 лет, она все еще не находила в себе сил, чтобы пойти в полицию и рассказать о поступке отца.

Или другой пример. У меня был пациент. Когда ему было 15 лет, он хотел пойти в футбольный клуб, и отец хватил его и поддерживал. Но когда мальчик вернулся с первой встречи этого футбольного клуба, мать начала на него кричать: как он может уходить, бросать их, не помогать

семье, заниматься какой-то ерундой. Мальчик почувствовал, как она страдает. Отец же на этот взрыв матери никак не ответил, а на следующий день спросил: «Ну, что, сегодня ты пойдешь в футбольный клуб»? Между родителями не было диалога. Между всеми тремя не было диалога. Очевидно, что эти родители разделены психологически. Ребенок вырастает в среде напряжения, получает от них противоречивую информацию. Или родители манипулируют ребенком, или его насильно заставляют приспособляться к такой семейной ситуации. Такого рода приспособительное насилие заключается в том, что ребенка обижают, когда он ведет себя не так, как хочет мать. Мать как бы подает ребенку сообщение: «Ты хороший, когда ты молчишь, и когда тебе ничего не надо. Пожалуйста, оставь меня в покое!» У ребенка с матерью нет прямых коммуникаций, которые помогли бы ему стать собой.

Расстройство может быть связано с атмосферой лжи в семье. Например, за обедом сидят мама, папа, ребенок. И еще какая-то женщина: любовница отца на протяжении последних нескольких лет! Никто из них не говорит об этом факте. Этот предмет обсуждения является табуированным. Но ребенок ощущает напряжение, что есть в этом какая-то неправда. Вопрос в этой противоречивой разделенной реальности, в которой ребенок перестает понимать, где правда и где ложь.

И если мы попробуем феноменологически сконденсировать тот опыт, с которым пограничные пациенты сталкиваются в детстве, который они из детства выносят, его можно сформулировать так, взрослые или кто-то из внешней среды говорит им: «Будь здесь, делай что-то, ты здесь нужен, ты должен быть здесь, но ты не имеешь права жить!»

Пограничные дети чувствуют, что они в принципе имеют право быть, но быть только в качестве предмета, средства для решения чужих задач. Они не нужны, как люди, у которого есть чувства, которые хотят как-то по-своему реагировать на жизнь, вступать с ней в отношения. Только как инструмент. Когда человек вырастает с такими переживаниями — это основа его будущего «разделения». В ответ на эту реальность у него возникает внутренний импульс: «Но я же хочу жить! Я же хочу быть самим собой!» Ему не позволяют быть собой, его внутренний голос подавляется, заглушается — остается только импульс.

Импульсы пограничного пациента — это здоровые импульсы, направленные против внешней агрессии. Против внешней реальности, которая заставляет его разделяться, разрываться, не быть собой. То есть снаружи их разделяют, а изнутри идет своего рода бунт в ответ на эту ситуацию — отсюда возникает постоянное напряжение. С пограничным расстройством связано очень мощное напряжение. Это напряжение и придает их жизни интенсивность. Напряжение им нужно, важно для

них, потому что когда они его испытывают, они немножко чувствуют жизнь. Они даже не сидят расслаблено, спокойно. Оно все время как бы напряжены, подвешены в воздухе, их мускулы напряжены. Внутреннее напряжение приводит к ощущению, что он не пребывает в своем пространстве, не находится на опоре. Благодаря этому внутреннему напряжению человек защищает себя от внутренней боли. Когда у него нет этого напряжения, когда он находится в расслабленном состоянии, он испытывает боль быть собой, боль, связанную с бытием самим собой. Как больно быть собой! Постоянное напряжение, с одной стороны, придает ему жизнь, с другой стороны, защищает от внутренней боли.

Мы задумались о том, как же человек приходит к состоянию разделенности, этого разрыва, и увидели, что это его жизненный опыт формирует такую ситуацию. Сама жизнь для него была противоречивой. Еще одна особенность — это развитие некоторых образов. Вместо того, чтобы видеть реальность, такой, какова она есть, человек с пограничным расстройством создает себе идеальный образ реальности. Его эмоциональный вакуум заполняется мыслями, воображением. Воображаемые образы придают пограничному человеку некоторую стабильность. Если что-то начинает разрушать этот внутренний образ, или если реальность не соответствует этому образу — он реагирует импульсивно. Потому что утрата этого образа — это утрата стабильности. Любое изменение образа того, как ведет себя отец, как ведет себя мать, приводит к ощущению утраты опоры. Что же происходит, когда этот образ разрушается или изменяется? Тогда образ идеального человека заменяется другим. Для того, чтобы убедиться, что больше утраты этого образа не произойдет, они превращают его в полную противоположность. И того, кто был для пограничного человека ангелом, он превращает в дьявола. Образ дьявола не придется больше менять! Благодаря этому изменению можно быть спокойным. Образы заменяют собой те мысли и чувства, которые помогают жить с этой реальностью, обходиться с ней. Идеальные образы становятся для пограничных пациентов более реальными, чем реальность. Они не могут принять то, что им дано, то, что есть. Пустоту они заполняют образами.

Самое глубокое переживание пограничного пациента — это боль. «Если ты уходишь, то я отдаляюсь от себя!» — это подталкивает пограничных людей к тому, чтобы затягивать других людей в отношения, не выпускать их. Понимаете ли вы в чем суть боли пограничного пациента? Основная идея заключается в том, что если я перестаю чувствовать, если другой человек меня бросает или я перестаю чувствовать боль — то я утрачиваю всякую связь с собой. Это как своего рода ампутация чувств. Чувства угасают, внутри все становится темно, и человек утрачи-

вает контакт с собой. Он чувствует, что его не принимают, не любят, не видят таким, какой он есть. Опыт в прошлом приводит к тому, что он уже не принимает и не любит сам себя.

Сейчас я немного расскажу о **типичном поведении пограничных пациентов, а потом мы остановимся на том, как им помочь**. Их поведение в отношениях можно описать как «я не с тобой, но и не без тебя». Они могут быть в отношениях, только когда сами в них доминируют, а отношения соответствуют внутреннему образу. Потому что у них очень много тревоги. Когда другой человек уходит от них, или делает что-то другое — это вызывает внутреннюю тревогу. Например, у отца с пограничным расстройством две дочери, и одна из них говорит: «Папа, я тебя люблю». Для человека с пограничным расстройством это слишком много, это слишком близко. И в ответ на это он ей говорит: «Да, ты наверное не сможешь справляться со своей жизнью. Я вот гляжу на тебя и вижу!» Он ее как бы отдаляет от себя тем самым. А другая дочь это видит и реагирует агрессивно. Она кричит: «Уходи, я больше не хочу тебя видеть!» У нее у самой возможно есть некоторые пограничные характеристики. Как только эта дочь уходит, он ей пишет: «Я тебя люблю. Ты моя самая любимая дочь. Ты такая хорошая и замечательная». И это все в течении 2 или 3 минут. Жизнь для пограничного человека — это постоянная битва. Но жизнь должна быть простой и легкой. Жизнь должна быть простой, но им постоянно приходится бороться — и это несправедливо. Им сложно обходиться с их собственными потребностями. С одной стороны, у него есть ощущение: у меня есть право на мои потребности! Они нетерпеливы, испытывают жадность, жажду по отношению к этим потребностям. Но в то же время они не способны что-то для себя сделать, могут сделать это только импульсивно. Они не понимают, кто они — и поэтому они провоцируют других людей. Например, пограничный пациент приходит на психотерапию и первым когда входит в комнату, вместо того, чтобы сказать «здравствуйте», что он заявляет: «Либо Вы, либо доктор Икс — лжец! Когда я просил: «Почему?» Он ответил: «Я был у доктора Икс, и он сказал, что Вы зарезервировали для меня место на прошлой неделе. Но я прихожу к Вам на этой неделе. Значит кто-то из вас лжет!» Пограничные пациенты постоянно видят мир в черно-белом цвете. На самом деле реальность может быть более сложной. Может быть, он неправильно понял доктора Икс, или что-то не так услышал, или сам подумал неправильно. Возможно, он сам хотел прийти на терапию на прошлой неделе, потому что его внутренняя потребность настолько сильна. Но он не может с этим обойтись. И думает, что это дело во мне. Или в докторе Икс.

Пограничные пациенты очень часто проявляют агрессивность, когда они чувствуют что кто-то их бросает, или кто-то их не любит. Но когда они чувствуют, что их любят, они очень добрые и милые. Если например, через пару лет брака партнер говорит: «Я хочу развестись», то пограничный человек может измениться так, что жизнь в браке станет прекрасной. Либо он может отреагировать импульсивно, и сам первым подать на развод. Предсказать, как именно он себя будет вести — это очень сложно. Но одно совершенно точно — его поведение будет экстремально. Они живут экстремальной жизнью: могут работать на полную катушку, опасно водить машину, заниматься спортом до полного изнеможения... Один мой пациент катался на горном велосипеде, он спускался с горы с такой скоростью, что понимал: если на пути ему попадется что-то, он сломает себе шею. Он точно так же ездил на своем BMW! Чувствуя, что если на этом повороте окажутся листья, его точно снесет. Постоянная опасная игра со смертью!

Как можно помочь человеку с пограничным расстройством в терапии? В первую очередь, им нужна конфронтация. То есть с ними нужно встречаться лицом к лицу и показывать им себя. Оставайтесь с ними в контакте, но не позволяйте им реагировать импульсивно. Не поддавайтесь на их импульсы, говорите например: «Я хочу это обсудить, но хочу обсудить это спокойно». Или: «Нужно ли Вам вести себя так агрессивно? Мы вполне можем обсудить это спокойно!» Оставайтесь с ними в отношениях, продолжайте протягивать им руку, но не позволять им обходиться с вами, как диктуют им их импульсы. Это лучший способ для пограничных пациентов, как они могут научиться контролировать свои импульсы и вступать в контакт. Худшее, что можно с ними сделать — это при конфронтации с ними отвергнуть их. Это стимулирует их психопатологию. Только в том случае если вы совмещаете конфронтацию с контактом, продолжаете быть с ними, говорить с ними, тогда они могут вынести конфронтацию. Демонстрируйте им уважение: «Я вижу, что вы раздражены, взбешены. Я вижу, что это что-то важное для Вас, давайте об этом поговорим... Но прежде всего успокойтесь, и тогда мы поговорим об этом». Это помогает пограничному пациенту понять, как он может быть и кем он может быть, когда к нему подходит другой человек, который предлагает ему контакт. Это очень важный ресурс, который можно использовать и в отношениях с пограничными людьми, с которыми мы встречаемся, и в отношениях с коллегами, с партнерами. Мы не можем ожидать, что такое поведение их вылечит. Этого мало. Но благодаря такому поведению мы не стимулируем их расстройство, даем им возможность немножко успокоиться. У нас возникает возможность вступить с ними в диалог. Можно поддерживать отно-

шения с пограничным пациентом десятилетиями. Можно с ним работать в одной команде. Если ты знаешь, как с таким человеком обходиться. И если вы сами при этом достаточно сильны как личность — это вторая важная вещь. Если вы слабы, или у вас есть травматический опыт, связанный с агрессией — то вам будет очень тяжело находиться в отношениях с пограничным человеком, потому что находясь с ним, можно быть постоянно укорененным в себе. Это нелегко. Этому нужно учиться. Для людей, которые живут с пограничными людьми, тоже бывает полезно пойти к психологу на пять — десять встреч, чтобы научиться себя вести в ситуации встречи с такими импульсами пограничного человека.

Другая важная вещь, которой пограничные пациенты должны научиться — это выдерживать себя и выносить свою боль.

Если посмотреть кратко на психотерапевтический процесс, то он всегда начинается с консультационной работы. Помочь на первом этапе пограничным людям обрести некоторое облегчение внутреннего напряжения, облегчения в жизненных ситуациях. Мы работаем как консультанты с конкретными проблемами в жизненных ситуациях. Помогаем им принимать решения, и в отношении их жизненной перспективы в каком-то смысле это обучающая работа. Помогаем им замечать свою агрессию. Такого рода работа продолжается приблизительно от двух до шести месяцев. Работа на консультативном уровне необходима для того, чтобы получить доступ на более глубокий уровень. (Пограничному пациенту не очень помогают фармакологические средства, лекарства.) После первого этапа такой работы, связанной с консультированием по жизненным проблемам, мы переходим на более глубокий уровень. Мы учим пограничного пациента занимать позицию по отношению к самому себе, лучше видеть себя. Например, мы можем спросить такого пациента: «Что ты думаешь о себе? Что ты думаешь о своем поведении»? Обычно они отвечают что-то в духе: «Я об этом не задумывался. Я недостаточно ценен, чтобы задумываться». В процессе работы вы пытаетесь понять, как так вышло, и как им уважать себя. Первая часть работы — это отношения с самим собой. Вторая часть — это работа над отношениями с другими людьми и с биографическим опытом.

В процессе терапии у пограничного пациента может возрасти боль, и могут возникать суицидальные импульсы. Они ощущают ампутацию чувств, утрату чувств. Мы можем давать им информацию о том, что боль, которую они испытывают, не может убить: «Попробуйте выносить ее!». Очень важно помочь войти в процесс внутреннего диалога. Терапевтические отношения — это зеркало, которое отражает то, как пограничные пациенты чувствуют себя внутри. Психотерапия такого пациента — это

самое сложное искусство, и это один из самых сложных диагнозов в смысле работы с ними. На протяжении долгих лет у вашего пациента могут быть суицидальные импульсы, такие пациенты могут агрессивно обходиться со своим терапевтом, сваливаться обратно в расстройство. Такая терапия обычно продолжается пять-шесть лет. Сначала с еженедельными сессиями, потом можно перейти на раз в две недели, и раз в три недели. Но таким людям нужно время, чтобы вырасти. Потому что когда они приходят в терапию, они как маленькие дети. Может быть, четырехлетние. Сколько нужно времени, чтобы ребенок вырос и стал взрослым? Обычно мы вырастаем за 20—30 лет. Они должны вырасти за 5 лет. И вместе с тем им еще приходится справляться со сложными жизненными ситуациями, которые «совершают над ними насилие». Им нужно совершать большие усилия, для того, чтобы обходиться со своими страданиями и оставаться в терапии. Сам терапевт в процессе такой терапии тоже может многому научиться. Вместе с нашими пограничными пациентами мы тоже очень сильно вырастаем. Безусловно работа с пограничными пациентами стоит того, чтобы ей заниматься. Я очень надеюсь и желаю, чтобы количество терапевтов, готовых работать с такими пациентами, увеличивалось. Но и чтобы пациенты не переставали к нам приходить».

PUBLIC LECTURE BY A. LENGLE "BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN EXISTENTIAL-PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE

prepared by the editor M.A. Konina based on translation made by E.N. Osin

This article is the presentation of the public lecture by Professor A. Lengle about the clinical application of existential analysis in the treatment of borderline personality disorder. Lecture was delivered in Moscow on 02.26.2014.

Keywords: borderline personality disorder, existential analysis, phenomenological approach

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АБОРТЫ КАК СПОСОБ ПЕРЕРАБОТКИ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛИ*

В.А. АГАРКОВ, С.А. БРОНФМАН

Статья посвящена проблеме внутренней психической динамики феномена повторяющихся (множественных) аборт. Врачи-специалисты в области женского здоровья, психотерапевты, в том числе психоаналитики и психоаналитические психотерапевты, довольно часто отмечают парадоксальный паттерн репродуктивного поведения своих пациенток. С позиции здравого смысла невозможно понять причины, по которым многие российские женщины игнорируют современные контрацептивы и многократно прибегают к аборту (в том числе, кюретажному аборту). По-видимому, причины такого поведения относятся к области неосознаваемых мотивов, которые традиционно изучает психоанализ. Однако тема внутренней психодинамики, связанной с выбором аборта, и особенно множественных аборт как средства решения проблемы нежелательной беременности, довольно редко становится предметом рассмотрения в психоаналитических публикациях. Мы предполагаем, что множественные аборт в условиях доступности относительно безопасных контрацептивов имеют значение замены психической переработки ментальной боли и сильной тревоги. Мы рассматриваем феномен множественных аборт с позиций разных психоаналитических теорий, в том числе: теории садомазохистической системы регуляции К. и Дж. Новиков, идеи «наркотического» решения Дж. Макдугалл, концепции женской перверсии Э. Веллдан. В статье рассмотрена роль, которую играют такие исключительно мощные по своему воздействию факторы, как психическая травма и ее последствия, а также трансгенерационная передача опыта психической травмы в динамике повторных аборт. В клинической вignetке представлена история пациентки, неоднократно прибегавшей к хирургическим аборт, а также фрагмент сессии психоаналитически ориентированной психотерапии этой пациентки с психотерапевтом-женщиной. Данный клинический материал демонстрирует влияние семейной травмы, свя-

* Настоящая статья является переработанной и расширенной версией доклада, сделанного первым автором (Агарков В.А.) на 22-м Конгрессе IPSO, проводившемся в рамках 48-го Конгресса Международной психоаналитической ассоциации (IPA), 30.07-03.08.2013, Прага, Чешская Республика.

занной с утратой, которая произошла до рождения пациентки, на формирование ее личности, а также роль этого фактора в многократном выборе пациенткой хирургического аборта как единственно приемлемого для нее метода решения проблемы нежелательной беременности.

Ключевые слова: аборт, повторные (множественные) аборты, репродуктивное поведение, психическая динамика, психоанализ, психическая травма, психическая боль, идентичность

I. Введение

В России уровень абортов по-прежнему остается очень высоким. Несмотря на то, что статистические данные указывают на тенденцию к снижению числа абортов за последние 20 лет: от почти 3,5 млн. в 1992 г. до 1 млн. в 2011 г., все же число абортов в год в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста существенно превышает аналогичный показатель для развитых стран Европы. Россия также опережает с большим отрывом развитые страны по цифрам соотношения количества абортов и родов в России. Так, если в Швеции на 100 родов приходится 40 абортов, в Великобритании — 30, в Италии — 20, в Испании — 10, а в Нидерландах — 5, то в России на 100 родов приходится 81 аборт [Кочетков, 2009; Радзинский, 2011].

Можно констатировать, что аборт стал устойчивым паттерном репродуктивного поведения для нескольких поколений российских женщин. Как отмечает В. Радзинский, женщины России традиционно отличаются особым репродуктивным поведением, которое не находит рационального объяснения. Значительная доля россиянок, в отличие от большинства женщин, проживающих в развитых европейских странах, считают допустимой для себя лично практику множественных абортов как решение проблемы нежелательной беременности.

Ярким примером, подтверждающим тезис о том, что российские женщины часто придерживаются «особой» стратегии предотвращения нежелательной беременности, могут послужить результаты «эксперимента», который провели В. Радзинский и его коллеги. После искусственного прерывания первой беременности 70 пациенток медицинского центра бесплатно получили месячный запас оральных контрацептивов. Этим женщинам было предложено, что они всегда, по мере расходования этих средств, смогут получать в данном медицинской центре бесплатные контрацептивы. Каково же было удивление врачей, когда спустя месяц за второй упаковкой пришли всего 17 женщин, а через два месяца, за третьей — лишь 8! С позиций здравого смысла невозможно объяснить, почему подавляющее большинство женщин, принявших участие в «эксперименте», отказались от получения бесплатных и относительно безопасных средств контрацепции и, как отмечает Радзинский,

впоследствии предпочли повторный аборт, сопряженный с серьезными рисками для их здоровья [Радзинский, 2011].

Тема повторяющихся аборт довольно часто звучит также и в кабинетах психотерапевтов и консультантов-психологов, как при работе с пациентками, в репродуктивном поведении которых присутствует данный паттерн, так и с теми пациентами, женщинами и мужчинами, матери которых неоднократно делали аборт.

Большая часть клинико-психологических исследований, в центре внимания которых находятся психиатрические и психологические проблемы последствия аборт*, сосредоточены на проблеме так называемого постабортного синдрома, состояния, которое понимают как последствие переживания психической травмы аборт, в том числе утраты нерожденного ребенка [Кочетков, 2009; Малюченко, 2008]. Пациентки, страдающие от постабортного синдрома, обычно проходят через процесс горевания, демонстрируют симптомы хронической депрессии, ПТСР, снижение самооценки и ненависть в отношении своего женского тела, а также агрессию, направленную вовне и на себя, эмоциональную отгороженность, признаки злоупотребления психоактивными веществами. Гораздо в меньшей степени, однако, изучены случаи, когда женщина многократно прибегает к искусственному прерыванию беременности, испытывая после каждого аборт чувства радостного облегчения, даже эйфории.

По-видимому, понимание иррациональных причин, приводящих к формированию парадоксальных паттернов репродуктивного поведения россиянок, на которые указывает профессор В. Радзинский, требует рассмотрения гипотез относительно бессознательных мотивов, лежащих в основе этих паттернов, и, соответственно, привлечения психоаналитических теорий, основанных на концепции динамического бессознательного. Однако тема внутренней психодинамики, связанной с выбором аборт, и особенно множественных аборт как средства решения проблемы нежелательной беременности, довольно редко становится предметом рассмотрения в психоаналитических публикациях

* Аборт в гинекологической практике делятся на 3 вида: (1) хирургический аборт — кюретаж с введением в полость матки металлического инструмента (в развитых странах применяется крайне редко, менее 2% аборт, в России более 70% аборт совершается именно этим методом с частыми осложнениями у большинства женщин); (2) вакуум-аспирация (именно этот способ проведения аборт в Европе классифицируют как хирургический), проводится без введения хирургических инструментов в матку; (3) медикаментозный аборт (прием специальных лекарственных средств для сокращения матки и выталкивания эмбриона).

[Pines, 1982, 1990; Remekis, 2001]. Это верно не только для России, но и для Западных стран с установившейся психоаналитической традицией.

Наша статья посвящена проблеме внутренней психической динамики, детерминирующей парадоксальный паттерн репродуктивного поведения женщины, отмеченный В. Радзинским [Радзинский, 2011], при котором женщина вновь и вновь избавляется от нежелательной беременности, прибегая к травмирующим хирургическим вмешательствам, игнорируя при этом вполне доступные и относительно безопасные современные средства контрацепции. В отличие от женщин, страдающих от постабортного синдрома, эти женщины испытывают, скорее, удовлетворение и облегчение, чем вину и чувство утраты после очередного аборта.

В своем анализе психоаналитических концепций, релевантных данной теме, мы опираемся на классификацию психоаналитической теории, разработанной Робертом Вэлдером и Бенджамином Рубинштейном, и уточненную Корделией Шмидт-Хеллерау [Шмидт-Хеллерау, 2003; Waelder, 1962]. Согласно этой классификации, к первому уровню психоаналитической теории относится аналитическая ситуация. На этом уровне *«гипотезы и теории»* выдвигаются в форме *реконструкции* биографии, а связи между фрагментами этой реконструкции используются как объяснение» [Шмидт-Хеллерау, 2003, С. 19]. Второму уровню соответствуют психоаналитические теории, в рамках которых строятся теоретические концепции психопатологии, а также разрабатывается методология, то есть теория психоаналитических/психотерапевтических интервенций. Теоретические построения, принадлежащие второму уровню, «помогают осмыслять процессы, структуры и конфигурации взаимосвязей, наблюдаемые в рамках... психопатологической феноменологии» [там же, С.20]. К самому высокому, третьему уровню отнесены метапсихологические концепции, построенные на основании выводов, сделанных на предшествующих уровнях обобщения психоаналитического знания. Эти концепции относятся к общим принципам функционирования и строения психического аппарата. Язык метапсихологических конструкций — это отвлеченный язык теории, предназначенный для описания общих принципов организации психических процессов или феноменов. «Метапсихологические *гипотезы и теории* носят *аксиоматический* и прежде всего *логический* характер..» [там же, С. 20—21]

II. Теория. Психодинамические концепции

Теория садомазохизма и садомазохистического суперэго Джека и Керри Новик [Novick J., Novick K., 2001, 2003, 2004], представляет собой теорию «высшего порядка», согласно Вэлдеру, Рубинштейну и Шмидт-Хеллерау. В рамках этой теории рассмотрена концепция садо-

мазохистической системы регуляции и разрешения конфликтов, а явление повторных абортов приводится как пример частного случая ее действия. Садомазохистическая или закрытая система регуляции характеризуется цикличностью и повторами и не подвержена изменениям. Центральным элементом этой системы выступает фантазия всемогущества, в которой индивид наделен исключительностью, выводящей его за рамки биологических ограничений человеческого организма и даже внешней реальности в целом. Однако право на обладание этой «божественной силой» можно заслужить только через мазохистическое страдание, которое служит оправданием исключительности, неподвластности индивида ограничениям человеческого бытия. Фантазия всемогущего контроля служит защите индивида от осознания собственной беспомощности, тревоги разрушения и утраты объекта, также сохранению высокой самооценки, решению задачи психологического выживания. Главной задачей закрытой системы является сохранение этой фантазии всемогущества.

Новики пишут: «Убеждение в своем всемогуществе формируются в ответ на потребности индивида в защите от воздействия травмы, как на физическом, так и психическом уровне. Мы определяем такое защитное всемогущество как сознательное или бессознательное убеждение в действительном обладании силой, которая позволяет индивиду контролировать других, причинять им боль, понуждать их подчиняться его или ее желаниям, и, в конечном счете, в обладании способностью превратить мать в «достаточно хорошего», компетентного, защищающего и любящего родителя». [Novick J., Novick K., 2001, P. 98]

Повторные аборт представляют собой внешне проявление на поведенческом уровне действия закрытой садомазохистической системы, проигрывание фантазии всемогущего контроля. Способы разрешения конфликтов, предлагаемые закрытой системой, приобретают характер повторов при перверсии.

Другой автор, Штайн [Stein, 1988], в своей работе, посвященной повторным абортам, также указывает на важную роль фантазии всемогущества в психодинамике тех женщин, которые вновь и вновь прибегают к абортам. Он предполагает, что циклический процесс «созидание (зачатие) — уничтожение (аборт) — воссоздание (новая беременность)» сопровождается ощущением триумфа и абсолютной власти, фантазией отождествления с некой божественной сущностью. В своих рассуждениях Штайн использует метафору Эриксона, в которой римский двуликий бог Янус, божество входа и выхода, рассматривается как символ матки. В рамках данной метафоры утроба, матка, одновременно является удерживающей и исторгающей, укрывающей во мраке внутреннего

пространства и выталкивающей во внешний мир. Беременность активирует фантазии о всемогущей власти над законами телесности и реальностью вообще, выражающейся в стремлении избавиться от плода, реализовать свою власть над беспомощным объектом. Однако после аборта возникает столь же сильное желание вновь забеременеть и как можно быстрее. Эта последовательность отражает смену желаний создавать, разрушать и восстанавливать.

Следуя Макдугалл [Макдугалл, 1999], мы можем охарактеризовать явление повторных аборт как «наркотическое решение», анестезирующее средство забвения и избавления от боли, временного освобождения от чувства ярости, а также восстановления поврежденного образа я (self). Мы можем предположить, что одним из центральных аспектов внутренней динамики при повторных абортах является использование на психологическом уровне плода как вместилища опасных и поврежденных частей я матери и последующей эвакуации этой части с целью избавления от опасного внутреннего агента и иллюзорного овладения смертью.

Важным фактором внутренней динамики множественных аборт являются нарушения формирования женской идентичности в ранних отношениях с матерью [Benedek, 1959; Deutch, 1944; Pines, 1988]. Как в случае выкидышей, так и в случае повторных аборт, к бессознательным детерминантам таких «решений» могут относиться трудности идентификации с репрезентациями собственных матерей как щедрых, способных к зачатию и вынашиванию ребенка, и, как следствие, конфликтное отношение к материнству в целом. При грубых нарушениях ранних отношений внутренний образ матери становится двойственным: с одной стороны, это дающая жизнь, вскармливающая, оберегающая, а с другой — зловещая, отнимающая жизнь фигура. Трудности интеграции внутреннего материнского объекта ведут к сильному напряжению амбивалентности в отношениях с матерью, сложностям в сепарации и к идентификации с образом «убивающей матери». В семьях таких женщин отцы часто либо отсутствуют по тем или иным причинам (смерть, болезнь, развод), либо эмоционально отстранены; так или иначе, они никак не участвуют в отношениях между матерью и дочерью, что усложняет для девочки задачу психологической сепарации от матери.

Множественные аборт могут быть связаны с защитой от желаний, возникающих при прохождении фазы Электры, а также иметь значение наказания как разрешения вины за эти желания [Calef, 1968; Fischer, 1974]. При неблагоприятном прохождении фазы Электры беременность может приобрести значение исполнения инцестуозного желания [Calef, 1968], которое «отменяется» аборт. Часто, при этом, основным фактором, осложняющим прохождение фазы Электры, является травматичес-

кое переживание, например, болезненные медицинские процедуры в области гениталий. В этих случаях аборт мотивированы неосознаваемым желанием контролировать травматическую ситуацию детства. Кроме того, повторные аборт могут служить выражением ярости в отношении неверного отца, изменяющего с матерью (разрушение его пениса и его ребенка), разыгрыванием наказания за вину инцестуозного желания.

Показательным является пример случая пациентки с множественными абортами, описанного Фишером [Fischer, 1974]. Пациентка Фишера никогда не пользовалась контрацептивами, и это было связано с действием механизма отрицания: она бессознательно отвергала для себя возможность беременности. Однако она беременела, и за 10 лет сделала 5 аборт. Каждый раз после очередного аборт она испытывала эйфорию и чувствовала себя «очищенной». Впрочем, спустя некоторое время, на смену радостному возбуждению приходили чувства раскаяния, вины и депрессия.

Прохождение фазы Электры этой пациенткой было осложнено травматическим опытом болезненного врачебного вмешательства. В возрасте 6 лет она прошла курс лечения по поводу вагинальных выделений, который включал применение вагинальных свечей, специальные души (эти процедуры проделывала сама мать), а также болезненные обследования области таза и гениталий. Исходя из материала анализа своей пациентки, Фишер предполагает, что эти медицинские процедуры приобрели для нее значение как удовлетворения желаний фазы Электры, так и наказания за эти желания.

Беременность была для пациентки символическим исполнением инцестуозного желания, которое впоследствии «отменялось» аборт. Повторяющиеся аборт приобретали смысл ре-травматизации или повторного разыгрывания в попытке контроля и овладения ранней травматической ситуацией. Аборт также приносили чувство удовлетворения и вызвали возбуждение, которое было ассоциативно связано с фантазией об изнасиловании, то есть фантазиями пациентки о том, что она беспомощна, подчинена воле мужчины и возбуждена. Фишер также отмечает, что для этой пациентки аборт приобрели анальный характер, значение процедуры очищения, наподобие клизмы.

Взгляды Эстелы Велдан на природу женской перверсии и перверсного материнства представляются нам релевантными для раскрытия еще одного аспекта внутренней динамики, сопровождающей множественные аборт. Корни женской перверсии Велдан видит в нарушении ранних отношений между матерью и ребенком: «[Женская] перверсия, по сути, представляет собой попытку женщины справиться с невыносимым страхом утраты матери» [Weldon, 1988/2004, P. 9]. На начальных этапах построения психоаналитической теории Фрейд [Фрейд, 2003] рассматривал

перверсию как результат регрессии либидо к точкам фиксации на ранних этапах организации либидо, при этом отличительной характеристикой перверсии считалось отсутствие конфликта — центрального аспекта любого невроза. Позже Фрейд указывает на роль агрессии во внутренней динамике перверсии. Винникот и Фейрберн полагают, что в основе перверсии лежит неинтегрированная сильная прегенитальная, главным образом, оральная агрессия. Фейрберн и Винникот [Fairbairn, 1952; Winnicott, 1953] считали, что и агрессия, и трудности в ее переработке и интеграции являются последствием фрустрации в результате грубых нарушений в отношениях с матерью — ошибок внешнего окружения. В результате создается искаженный образ родительской фигуры, на который спроецированы агрессивные оральные и анальные импульсы. Таким образом, все, что связано с генитальной сексуальностью, с отношением между мужчиной и женщиной, предстает как опасное и чреватое аннигиляцией, поглощением, садистической атакой.

Согласно Велдан, главное различие между мужской и женской перверсией состоит в том, что перверсные акты мужчин направлены на частичные объекты, тогда как перверсия женщин связана с использованием собственного тела. Женщины в своей перверсии могут также использовать объект, который не имеет для них психологического значения самостоятельной единицы со своими границами, потребностями, волей, желаниями, стремлениями (в случае одушевленных объектов), но воспринимается как продолжение собственного тела. Таким объектом может быть, например, плод или ребенок. Велдан полагает, что перверсная динамика, в которой используется женское тело в целом, лежит в основе расстройств пищевого поведения (анорексия, булимия), явлений самоповреждения. К этому списку мы добавим и множественные аборты. Перверсные манипуляции собственным телом приносят чувство эйфории, власти и контроля.

В своих рассуждениях о женской перверсии Эстела Велдан утверждает, что понимание тех или иных проявлений психопатологии пациента требует рассмотрения того, как данный интрапсихический феномен проявлял себя в истории семьи пациентки, по крайней мере, на протяжении трех поколений.

III. Трансгенерационная передача психической травмы

За прошедшее столетие десятки миллионов граждан России и бывшего СССР стали жертвами массивной психической травматизации, связанной с многочисленными войнами, социальными катаклизмами и репрессиями тоталитарного режима: гражданская война 1917—1921 гг., сталинские репрессии 1937—1953 гг., Вторая Мировая война.

Хотя в нашей стране не проводились систематические эпидемиологические исследования распространенности психической травматизации и «травматических» расстройств, однако данные некоторых исследований [Агарков, Бронфман, Оржеховская, 2009] и статистика косвенно свидетельствуют о том, что в период с конца 1980-х годов и до 2010-х уровень подверженности влиянию потенциально психотравмирующих факторов в России был и остается необычайно высоким. Предположительно, этот показатель на порядок, а в некоторых случаях на два порядка (например, по сравнению со скандинавскими странами), превышает аналогичные показатели в развитых странах Западной Европы. Таким образом, на протяжении жизни многих поколений российских граждан на детско-родительские отношения и, соответственно, на развитие девочек, воздействовали два исключительно мощных по своим катастрофическим последствиям фактора: психическая травма и трансгенерационная передача психотравмирующего опыта. К действию этих факторов добавлялось отягчающее влияние идеологического давления, блокирующего формирование культуры и институтов психотерапевтической помощи.

Хотя мы располагаем множеством свидетельств о той эпохе, в том числе в произведениях выдающихся писателей и историков, посвященных теме репрессий и отечественной войны, тем не менее, мы можем с сожалением констатировать, что последствия катастрофических потрясений, выпавших на долю нескольких поколений граждан нашей страны, так и не стали предметом серьезного общественного обсуждения, комплексного историко-социально-психолого-медицинского исследования, которое привело бы к разработке мер по преодолению этого тяжелого наследия. Как результат, фактор последствий массовой долговременной травматизации продолжает оказывать свое крайне разрушительное действие на всех уровнях нашей жизни: общественно-политическом, экономическом, межнациональных и семейных отношений. Если мир террора и тоталитаризма гражданской войны и сталинской эпохи можно назвать «психотическим миром», пользуясь метафорой немецкого психоаналитика Грубрих-Зимитис [Grubrich-Simitis, 1981] в отношении нацистских концлагерей, то сегодня мы живем в «психопатическом» мире, и второе является продолжением первого.

Так как между психической травмой жертв геноцида фашистского режима и травмой жертв «аутогеноцида» русской революции и репрессивного режима есть много общего, то для анализа роли пролонгированной травмы и трансгенерационной передачи травматического опыта мы опираемся на результаты исследований жертв Холокоста и их потомков, опубликованных западными аналитиками, клиницистами и психологами.

Отличительной чертой психической травмы, переживаемой заключенными концентрационных лагерей является воплощение во внешней реальности «психотического мира»: утрата семейных уз и привычного социокультурного окружения, постоянное переживание подавляющей тревоги сепарации, свидетельство пыток и убийств, непрерывное ожидание в состоянии беспомощности собственной смерти, грубая реинфантилизация как следствие запрета на любое проявление личной инициативы, уничтожение индивидуальности (лишения заключенных всех атрибутов, несущих отпечаток их индивидуальности); лишение возможности вести частную жизнь, разрушение барьеров стыда, отмена принципа причинности (события, происходящие в лагере, а также вне лагерей, никак не объяснялись), отсутствие возможности структурировать время (нет ни часов, ни календарей), постоянно испытываемое унижение и превращение в существо второго сорта, врагов народа, предназначенных для уничтожения через непосильный труд.

Влияние психотравмирующих факторов, особенно в случае пролонгированной психической травмы, часто приводит к неблагоприятным изменениям в функционировании не только психики [Агарков, 2010, (№ 3)], но и организма женщин [Агарков, 2010, (№ 1)], которые неизбежно сказываются на отношении женщины к беременности и воспитанию детей. Например, переживания экстремального стресса, депривации базовых потребностей, при недоедании, у многих женщин-заключенных концлагерей приводили к нарушению менструального цикла, к аменорее [Агарков, Бронфман, Кудалева, Уварова, 2012]. Американский психолог-психоаналитик Адельман [Adelman, 1995], изучавшая психологические последствия травмы заключения у бывших узниц концлагерей, отмечает, что возобновление менструаций после освобождения несло с собой жизнеутверждающий смысл, это означало, что тело живет, оно не умерло. Однако прекращение менструаций при начале беременности играло роль своего рода напоминания о пережитой травме заключения, триггера, оживлявшего неинтегрированные переживания психической травмы. Так вокруг вынашивания и рождения ребенка формировался клубок конфликтных установок и отношений.

Многочисленными исследованиями установлено, что уровень психопатологии среди детей жертв Холокоста является более высоким, по сравнению с «нормой». Дети бывших узников более часто обращаются за психотерапевтической и психиатрической помощью. Среди них весьма распространены делинквентное поведение и психопатические черты. Эти нарушения в психоаналитической литературе описывают в терминах «ложное я» [Winnicott, 1971], «шизоидный характер» [Гант-

рип, 2010], «базисный дефект» [Балинт, 2002], «нарциссическая личность» или «пограничная организация личности», нарушения ментализации [Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2010].

Травматическое разрушение иллюзий всемогущества родителей соответствует нарушению прохождения нормативных путей развития нарциссизма от грандиозного я к реалистичной оценке своих способностей у детей, что приводит к фиксации «бреда всемогущества», о котором писали Новики.

В публикациях, посвященных проблеме трансгенерационной передачи травматического опыта мы встречаем описание того, как изменившееся под влиянием травмы отношение к себе, другим людям, окружающему миру, ожившие архаичные фантазии матерей, переживших пролонгированную психическую травму пребывания в концлагерях, вступали в сложное взаимодействие со специфическими для той или иной фазы развития ребенка желаниями, потребностями эго, тревогами. Например, мать, чья травматическая ситуация была связана с голодом, могла относиться к кормлению ребенка как к вопросу жизни и смерти, или же испытывать ярость при кормлении. Так у ребенка происходило формирование точки фиксации либидо на данном этапе психосексуального развития и особых объектных отношений, в основе которых лежит опыт депривации и оставленности и/или гиперстимуляции.

Таким образом, очень часто ранние отношения дочери с матерью, страдающей от последствий пролонгированной травматизации, наполнены фрустрацией, ненавистью, разочарованием и чувством вины. В этих отношениях у ребенка формируется участок я, аккумулирующий этот негативный опыт, репрезентации «поврежденного» я матери, о чем писала Макдугалл. Этому сегменту я присваивается относительная самостоятельность и атрибутируется качество «плохой». Позже, у взрослой дочери, мать которой пережила пролонгированную травму заключения, во время беременности плод психологически отождествляется с этим сегментом я, который подлежит эвакуации. Тогда утрата плода переживается как облегчение, а не как горе. В результате нарушений, которые сопровождают ранние отношения ребенка с матерью, пережившей психическую травму, происходит формирование и фиксация перверсного отношения к собственному телу, которые, в частности, выражаются в явлении множественного аборта.

IV. Клинический материал*

Пациентка Е. обратилась за психотерапевтической помощью в возрасте 37 лет. Ее основными жалобами были частые и длительные де-

* Клинический материал принадлежит С.А. Бронфман

прессивные состояния, чувство, будто бы она «отброшена на обочину жизни», одиночество и неспособность выстраивать близкие отношения, в которых, по ее словам, она так остро нуждалась.

Это был не первый опыт психотерапии. Некоторое время назад Е. проходила психотерапию с психотерапевтом-мужчиной, которая продолжалась в течение года и была прервана по инициативе Е., которая так объяснила причину прекращения терапии: «Мы стали как-то ближе, и у меня появился страх, что это может все испортить». В терапии с новым терапевтом (С.А.Б.) пациентка пришла к пониманию того, что она прервала первую терапию, так как она испугалась отношений привязанности, в которых у нее могут появиться сильные чувства к терапевту.

Е. производила впечатление болезненной, но в то же время решительной и волевой женщины; в какие-то моменты она виделась терапевту дамой неясного возраста, в другие — несформировавшейся девочкой-подростком.

Е. — единственная дочь немолодых родителей. Ее старший брат в возрасте 18 лет погиб в армии при невыясненных обстоятельствах за 1,5 года до ее рождения. Мать Е. крайне тяжело переживала утрату любимого сына. В возрасте 45 лет она решила родить «такого же мальчика, чтоб его душа возродилась». Однако вопреки ожиданиям и надеждам матери родилась девочка; мать Е. назвала ее именем, созвучным с именем брата, и, по словам Е., так и не приняла ее «не-мальчика». Родители так и не оправились от горя; мама продолжала пребывать в депрессии; в воспитании Е. помогали уже престарелые бабушка и дедушка, и в возрасте около 2-х лет практически забрали ее жить к себе.

Е. росла болезненным, слабым ребенком, с первых месяцев страдала от жестокого атопического дерматита и нарушений пищеварения; в подростковом возрасте у Е. начался псориаз, которого она сильно стыдилась и старалась скрывать тело под плотной одеждой.

В дошкольные годы Е. часто фантазировала, что на самом деле она — мальчик. Потом, став постарше, тайно продолжала верить в то, что в ней есть нечто такое, что отличает ее от других девочек. Она дружила только с мальчиками и даже была лидером дворовой «банды».

Е. хорошо училась и старалась всегда получить похвалу за свои успехи. Она с отличием окончила школу и поступила в университет на математическую специальность (брат Е. был подающим надежды математиком), который окончила с красным дипломом. После учебы она стала преподавателем в колледже. Однако около 7 лет назад Е. увлеклась творчеством, психологией, стала интересоваться измененными состояниями сознания и самовыражением в движении: с тех пор она обучает живописи и танцам.

В 10—11 лет она уже знала о менструации, но все еще верила в то, что «это» ее не коснется, и была в отчаянии, когда в положенный срок обнаружила, что у нее «все, как у всех девчонок». В старших классах школы Е. уже желала быть объектом внимания, у нее впервые появились приятельницы, но она все более убеждалась в своей женской «негодности» — мальчики влюблялись в ее одноклассниц, а Е. была для них только «своим парнем».

Начало половой жизни Е. приходится на 15 лет. По воспоминаниям Е., ее не надо было долго уговаривать, «уламывать» или «ухаживать». Ей нравилась роль «мудрой сексуальной помощницы и наставницы»; в то же время Е. вспоминает, как нуждалась в том, чтобы «быть обнятой», «полежать рядом», но к сексуальному акту как таковому была равнодушна. Приблизительно в это же время Е. впервые забеременела. Это событие поначалу вызвало у нее сильное недоумение, т.к. она была уверена, что «этого с ней произойти не может». Быстро и самостоятельно она нашла «выход из положения», сделав аборт. Опыт аборта не стал для ее поводом к поиску и использованию контрацептивных средств, и вскоре она забеременела вновь.

Е. несколько раз была замужем, но ни один из ее браков не был ни долгим, ни счастливым. Оглядываясь назад, Е. заметила как-то: все ее замужества будто «ненастоящие», они были всего лишь попыткой сблизиться с женщиной единственно доступным ей способом — опекать и обучать «слабого и напуганного жизнью». «Слабые и напуганные», неработающие и жившие за ее счет мужа, заводили романы и довольно быстро находили замену Е., но она оставалась с ними в «дружеских отношениях», всегда безотказным помощником во всех делах.

С момента последнего развода прошло более 8 лет. С тех пор Е. ограничила свое общение с мужчинами «дружескими и деловыми отношениями». Е. тяжело переживала утрату родителей, которые умерли несколько лет назад. Она находилась в состоянии острого отчаяния и чувства полной изоляции («я оказалась на обочине жизни, все прошло мимо меня»), что и заставило ее впервые обратиться за психотерапевтической помощью.

На одной из первых встреч терапевт (С.А.Б.) поинтересовалась у Е., были ли у нее беременности. Е. усмехнулась и сказала: «Конечно, много было... Было много абортов.. Я даже сбилась со счета — 14 или может быть больше... Но я сейчас уже не делаю давно... сейчас контактов почти нет, да и возраст...А разве это так важно?».

С самого начала работа с Е. была сопряжена с определенными трудностями. Е. имела привычку приходить чуть раньше, внимательно следя за пациентами, которые приходили до нее и выказывать терапевту свои соображения относительно их (!) проблем. Она много говорила, не

оставляя терапевту ни места, ни времени для комментариев и/или интерпретаций; часто сравнивая своего терапевта с предыдущим, обращая внимание на те неудобства, которые она испытывала теперь, добираясь до офиса своего нового терапевта. Е. также высказывая сомнения относительно целесообразности психотерапии в «ее случае».

На первых психотерапевтических сессиях она рассказывала о своих опытах с наркотиками, о венерических заболеваниях, которые ей пришлось лечить, про сексуальные связи с женщинами и эксперименты с групповым сексом, смакуя некоторые подробности. Непосредственной реакцией терапевта на эти рассказы были чувства брезгливости и смущения. Этому моменту в динамике терапевтических отношений может быть дано не одно объяснение. Это может быть понято и как попытки «испытания», «тестирования» терапевта: примет ли ее терапевт такой? Это может быть понято и как проявление динамики перверсного переноса (см. ниже в разделе Заключение).

Долгое время Е. игнорировала тему беременности и материнства, считая ее «несущественной», не-существующей для себя. И только спустя, примерно, полгода после начала терапии, эта тема стала постепенно появляться в психотерапевтическом пространстве. Вероятно, для того, чтобы заговорить об этом, Е. требовалось ощущать пространство, которое ей предоставляет терапевт, как безопасное, а терапевта — как «контейнирующий объект», в отличие от ее перенесших тяжелое горе родителей. В этой связи уместно вспомнить слова И. Коган, относящиеся к родителям, которые перенесли тяжелые потери: «Травмированный родитель в собственном безумном поиске объекта, который мог бы переживаться как нечто, соединяющее вместе доведенные до отчаяния части его собственной личности, превращает в контейнер ребенка... передавая депрессивные и агрессивные тенденции, которые не могут быть контейнированы в нем самом» [Коган, 2011, С. 248].

Отрывок из сессии на седьмом месяце психоаналитической терапии.

В начале встречи Е. рассказывает о своей знакомой, которая родила малыша вне брака.

Е.: А я вот никогда даже представить себе не могла, что буду матерью...Для меня это совершенно невозможно [пауза].. Это как если внезапно потерять что-то важное.. именно не приобрести, ребенка получить, а именно, что все потеряешь...Сама не пойму..Ну, свободу, понятно там, надо с ним все делить..

П.: Это совсем не то, что беременность.

Е.: Да, я вот же не боялась беременности, вообще об этом не думала, ведь всегда есть выход из положения [рассуждает о вреде и ненадежности контрацепции].

П.: Беременность для Вас — это то, про что можно сказать: хорошо, что она есть и хорошо, что от нее можно избавиться...

[Терапевт размышляет о том, что тяжелая депрессия матери пациентки помешали ей получать телесное удовлетворение и радость от общения с новорожденной дочерью. Это обстоятельство послужило препятствием для интернализации Е. женского образа как хорошего и приносящего радость. Кроме того, создается впечатление, что мать Е. так и не пожелала видеть в Е. девочку, существо женского пола. В фантазии матери Е. оставалась мальчиком. Тем самым мать отвергала женственность пациентки, что не могло не сказаться на чувстве женской идентичности Е.; беременность же представляет собой неоспоримое доказательство половой принадлежности].

Е.: Я ведь и правда всегда думала, что не смогу забеременеть, как буд-то со мной что-то не так...Я так каждый раз удивлялась...Да, и сразу мысль — надо скорее что-то сделать, пока никто не догадается.. Ну вот нельзя мне... Я не знаю, откуда это.. Кстати, да, никому об этом не говорила никогда, про беременность. Вот такая тайна, это было только мое.

П.: Важно знать, что ты — женщина, но и прятать это знание, как если это что-то такое ненадежное, не полностью свое. Вот дали — и могут отобрать.

[Терапевт представляет себе, что Е. должна была быть одновременно «девочкой-для-себя» и «мальчиком-для-мамы», т.к. «быть мальчиком» — это был единственно возможный способ быть с нею. Терапевт формулирует для себя гипотезу о том, что беременность для Е. — попытка установить связь с женственностью, а последующий аборт — способ «остаться мальчиком»; потому что обнаружение (!) беременности другими и роды означали бы для Е. окончательный разрыв с фантазией о двуполости].

Е. выступила «заменителем» погибшего брата, как бы уже изначально без права на свою собственную жизнь, свою собственную идентичность, то есть в каком-то смысле она была «выкидышем», неудачей матери. Уже первый ее «самостоятельный» выбор биологического пола, не оправдавшего ожидания матери, как бы усугубил неразрешенное горе матери и, как следствие, вызвал и отвержение матерью и глубокую нарциссическую травму у Е.. Мать обесценивает ее женственность. Проблемы в ранних отношениях, которые, как следует из истории жизни Е., не приносили удовлетворения ни ей, ни ее матери, стали поводом нестабильности базового чувства благополучия и создали нарциссические проблемы Е.. В ее отношениях с мужчинами она получала регрессивное примитивное удовлетворение, играющее роль компенсации травм в ранних отношениях с матерью. Множественные аборты служили средством поддержания всемогущей иллюзии «двуполости» и обретения таковой матери, в которой она нуждалась, когда была младенцем.

V. Технические аспекты психоаналитической психотерапии пациенток с множественными абортами.

При работе с пациентками, которые прибегают к множественным абортам, психоаналитик или психоаналитический психотерапевт может столкнуться со следующими проблемами: нарушение ментализации [Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2010], трансгенерационная передача травматического опыта [Grubrich-Simitis, 1981], перенос-перверсия [Etchegoyen, 1999; Joseph, 1971]. Тема ментализации требует отдельного специального рассмотрения, поэтому в заключительной части статьи мы вкратце остановимся только на двух последних аспектах терапевтической работы с этими пациентками.

Опыт психоаналитической психотерапии потомков бывших узников концлагерей показывает, что для установления более или менее прочных и стабильных границ эго этих пациентов необходима постепенная проработка реального травматического прошлого нескольких предшествующих поколений.

В этой работе психотерапевт неизбежно будет испытывать в контрпереносе сильнейшую тревогу, так как соприкосновение с материалом трансгенерационной передачи травматического опыта способствует тому, что индивидуальное архаичное «наследие» аналитика поднимается на предсознательный уровень или даже достигает осознания. Поэтому одним из защитных маневров, к которому по взаимному молчаливому согласию могут прибегнуть и психотерапевт и пациент, может стать «заговор молчания», блокирование всего, что, так или иначе, относится к ужасу психической травмы. Эта злокачественная динамика, в лучшем случае приведет к стагнации с терапией, в худшем — к серьезным осложнениям в состоянии пациента.

Для психотерапевта это означает, что он должен противостоять не только естественному стремлению защитить себя от соприкосновения с чудовищными переживаниями, но и действовать, в каком-то смысле, наперекор навыкам, сформированным в процессе его профессиональной подготовки как психоаналитически ориентированного психотерапевта или психоаналитика, а именно, уделять главное внимание фантазиям пациента, а не фактам реальности. Однако исследование фактов истории пациентки и ее семьи необходимо для успеха терапии, так как только после прояснения исторической реальности своей семьи пациентка сможет приблизиться к собственной внешней и внутренней реальности.

Следующий трудный момент в работе с этими пациентками может быть связан с переносом-перверсией. Этчегон [Etchegoyen, 1999], вслед за Бетти Джозеф [Joseph, 1971], считает, что в переносе-перверсии пациент использует и свое молчание, и слова для того, чтобы проецировать в аналитика свое возбуждение, вынудить аналитика утратить терпение, выйти из

себя, спровоцировать его на отыгрывание через интерпретацию (или псевдо-интерпретацию). Это является не только внешним проявлением внутренних защитных маневров пациента, но и «также действительными атаками на аналитика» [Etchegoyen, 1999, P. 190]. Как пишет Этчегоен, есть нечто почти «демоническое» в том, как перверсные пациенты стремятся «извратить аналитические отношения и подвергнуть испытаниям нашу терпимость; однако, если перверсия является тем, чем она является, [то есть извращением] мы и не можем ожидать чего-то иного» [там же].

К характеристике переноса-перверсии Этчегоен добавляет, помимо эротизации связи с аналитиком, «идеологизацию» сексуальности и жизни вообще, и, кроме того, полемический тон и дух бунтарства. «Дух бунтарства» переноса-перверсии можно поставить в соответствие теме восставшего демиурга гностической мифологии, в том же смысле, в каком симптомы обсессивно-компульсивного расстройства могут быть поставлены в соответствие религиозным ритуалам.

Разрушение аналитического процесса в динамике переноса-перверсии происходит исподволь и незаметно для аналитика. Когда это случается, психотерапия или анализ далее развиваются в условиях стерильности: терапевт или аналитик отыгрывает свой контрперенос в псевдоинтерпретациях. Важно помнить, что как диссоциация эго таких пациентов, так и тенденция идеологизации, споры и атаки пациента *присутствуют в течение всей терапии или анализа.*

VI. Заключение.

В статье рассмотрены гипотезы о психодинамических детерминантах особого паттерна репродуктивного поведения женщины, заключающегося в феномене множественных абортов. К особенностям данного паттерна относятся игнорирование доступных современных средств контрацепции, многократное использование хирургической операции аборта для решения проблемы нежелательной беременности, отсутствие постабортного синдрома. Анализ внутренней динамики, лежащей в основе этого паттерна, показал, что в психологическом плане аборт используется женщиной как средство эвакуации элементов внутренней репрезентации «матери-убийцы» и ассоциированных с ней аспектов я.

Нарушения в ранних отношениях, сопровождающиеся сильной фрустрацией и даже депривацией базовых потребностей ребенка, приводят к трудностям переработки агрессии и, как следствие, к формированию женской перверсии, отличительной особенностью которой является направленность на собственное тело, а не на объект, как в случае мужских перверсий. Таким образом, феномен множественных абортов, как он определен в данной публикации, отнесен нами к сфере перверсии.

Мы считаем, что опыт пролонгированной психической травмы у родителей (или более старшего поколения родственников) и последующая трансгенерационная передача этого опыта выступает одним из наиболее значимых факторов, определяющих нарушения в ранних отношениях между девочкой и ее родителями и особенно матерью.

В статье также приведена гипотеза о более поздних детерминантах явления множественных абортах, связанных с особенностями прохождения фазы Электры. Можно предположить, что в случае более поздней детерминации явления множественных аборт, женщина способна испытывать чувства утраты и горя, сменяющих краткий период приподнятого настроения, радости и даже эйфории после операции аборта. Повторяемость и перверсный характер множественных аборт хорошо вписывается в рамки, очерченные более общей теорией садомазохистической системы саморегуляции Новиков.

Рассмотренные аспекты феномена множественных аборт указывают на необходимость модификации техники психоаналитической психотерапии в работе с данными пациентками. Во-первых, это касается проработки травматического опыта предыдущих поколений пациентки, что подразумевает внимательную работу с рассказами пациентки о пережитой травме родителей и родственников более ранних поколений. Во-вторых, терапевту следует помнить об особенностях динамики так называемого переноса-перверсии и особенностях работы с ним, так как пациентки с историей множественных аборт, по-видимому, склонны формировать в терапевтических отношениях данный тип переноса.

В клиническом примере работы в формате психоаналитической психотерапии приведена иллюстрация роли трансгенерационной передачи психической травмы утраты в нарушении развития женской идентичности и последующего формирования паттерна множественных аборт.

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков В.А.* Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11—16
- Агарков В.А.* Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Память после психотравмирующего переживания // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 3 — С. 7—15
- Агарков В.А., Бронфман С.А., Оржиховская А.И.* Изучение особенностей фрустрационных реакций и механизмов психической защиты у лиц, переживших психическую травму. // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2009. № 4. С. 17—37
- Агарков В.А., Бронфман С.А., Кудаева Л.М., Уварова Е.В.* Психологические аспекты патогенеза функциональной аменореи // Психическое здоровье. 2012. Т. 10. № 7. С. 70—79

- Балинт М.* Базисный дефект / пер. с англ. М.: Когито-Центр. 2002. 256 с.
- Гантрип Г.* Шизоидные явления, объектные отношения и самость / пер. с англ. М.: Институт Общегуманитарных Исследований. 2010. 672 с.
- Коган И.* Вторая кожа // Психология и психопатология кожи: тексты / пер. с англ. Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин, М.Л. Мельникова.. Ижевск : ERGO; М. : Когито-Центр. 2011. 384 с.
- Кочетков Я.А.* К проблеме психических нарушений после аборта // Проблемы, репродукции.. 2009. Т. 15. № 2. С. 24—29
- Макдугалл Дж.* Тысячеликий Эрос. / пер. с англ.СПб.: Совместное издание ВЕ-ИП и Б&К. 1999. 278 с.
- Малоченко И.Ю.* Психологическая помощь при постабортном синдроме и перинатальных потерях // Перинатальная психология и психология родительства.. 2008. № 2. С. 84—92
- Радзинский В.Е.* Акушерская агрессия. / М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011., 688 с.
- Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции / пер. с нем. М.: ООО «Фирма СТД», 2003., 623 с.
- Шлютт-Хеллерау К.* Влечение к жизни и влечение к смерти. Либи́до и Лета. Сводная формально-логическая модель психоаналитической теории влечений и структурной теории. / пер. с нем. СПб.: Б&К, 2003. 298 с.
- Adelman A.* Traumatic Memory and the Intergenerational Transmission of Holocaust Narratives. *Psychoanalytic Study of the Child.* 1995. 50: 343—367
- Benedek T.* Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association.* 1959. 7: 389—417
- Blum H.* On identification and its vicissitudes. *International Journal of Psycho-Analysis.* 1986. 67: 267—276
- Calef V.* The unconscious fantasy of infanticide manifested in resistance *Journal of American Psychoanalytic Association.* 1968 16: 697—710
- Clarkin J.F, Fonagy P., Gabbard G.O.* (Eds.) 2010 *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook.*.. Washington, London, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Deutch H.* 1944 *The Psychology of Women*, Vol. 1.. New York: Grune & Straton
- Etchegoyen R.H.* 1999 *Fundamentals of Psychoanalytic Technique.*.. London: Karnac Books
- Fairbairn W.D.* 1952 *Psychoanalytic Studies of the Personality.*.. London: Tavistock Publications Limited
- Fischer N.* Multiple induced abortions: A psychoanalytic case study. *Journal of American Psychoanalytic Association.* 1974 22: 394—407
- Grubrich-Simitis I.* Extreme Traumatization as Cumulative Trauma-Psychoanalytic Investigations of the Effects of Concentration Camp Experiences on Survivors and their Children. *Psychoanalytic Study of the Child.* 1981. 36: 415—450
- Joseph B.* A Clinical Contribution to the Analysis of a Perversion. *International Journal of Psycho-Analysis.* 1971. 52: 441—449
- Novick J., Novick K.K.* Two Systems of Self-Regulation. *Psychoanalytic Social Work.* 2001. 8: 95—122

- Novick J., Novick K.K.* The Superego and the Two-System Model. *Psychoanalytic Inquiry*. 2004. 24: 232—256
- Novick K.K., Novick J.* Two Systems Of Self-Regulation And The Differential Application Of Psychoanalytic Technique. *American Journal of Psychoanalysis*. 2003. 63: 1—20
- Pines D.* The Relevance of Early Psychic Development to Pregnancy and Abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1982. 63: 311—319
- Pines D.* Pregnancy, Miscarriage and Abortion. A Psychoanalytic Perspective *International Journal of Psycho-Analysis*. 1990. 71: 301—307
- Remeikis G.V.* A Review of the Psychoanalytic Literature on Abortion. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2001. 29: 231—244
- Stein Y.* Some Reflections on the Inner Space and its Contents. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1988. 43: 291—304
- Waelder R.* Psychoanalysis, Scientific Method, and Philosophy. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1962. 10: 617—637
- Welldon D.* 1988/2004. *Mother, Madonna, Whore: The Idealization and Denegation of Motherhood.* London: Karnac Books
- Winnicott D.* Transitional Objects and Transitional Phenomena-A Study of the First Not-Me Possession *International Journal of Psycho-Analysis*. 1953. 34: 89—97
- Winnicott D.* 1971. *Playing and Reality.* London: Tavistock Publications

REPEATED ABORTION AS A WAY TO PROCESS MENTAL PAIN

V.A. AGARKOV, S.A. BRONFMAN

The focus of the paper is the problem of psychodynamics of the repeated (multiple) abortion phenomena among Russian female patients. Psychotherapists as well as doctors who specialize in female health emphasize high prevalence of the paradoxical pattern of reproductive behavior among Russian women. For some inexplicable reason it is quite often that women in Russia choose for abortions (including surgical curettage) instead of preventing undesirable pregnancy by usage of contraception. Nevertheless the theme of psychodynamics related to abortions and especially of repeated abortion quite rarely becomes the focus for psychoanalytic writings. This is true not only for Russian psychoanalysts, but also for psychoanalysts from Western countries with well-established psychoanalytical tradition. We hypothesize that the presence of multiple abortions in a grown-up woman's medical history on condition that she has had an access to relatively safe contraceptives for reasonable price (or even for free) suggests that she resorts to abortion as substitute for psychical processing of mental pain and extreme anxiety. We consider the phenomena of repeated abortion from the angles of different theoretical psychoanalytical approaches such as theory of sadomasochistic system of self-regulation by K. Novic and J. Novic, idea of "narcotic solution" by J. McDougal, E. Welldon's

conception of female perversion, and others. Limited by the demands to the volume of the publication we bring short consideration of influence on dynamics of multiple abortions of such extremely important factors as psychic trauma and trans-generational transition of traumatic experience. In the paper we presented a vignette in which we included the story of a patient who underwent repeated abortions and has sought psychotherapy with a female psychoanalytical therapist. In the vignette we demonstrate the influence of family trauma of loss occurring before the birth of the patient on the development of her individuality and the influence of this traumatic event on her choice to have repeated abortions as the only way to solve the problem of undesirable pregnancy.

Keywords. Abortion, repeated (multiple) abortion, reproductive behavior, psychodynamics, psychoanalysis, psychic trauma, mental pain, identity.

- Agarkov V.A.* Bazovye principy psixoterapii posledstvii psixicheskoi travmy. Narusheniya reguljatzii vzbujdenija. // *Voprosy psixologii ekstremal'nyh situacii*. 2010. № 1. S. 11—16
- Agarkov V.A.* Bazovye principy psixoterapii posledstvii psixicheskoi travmy. Pamjat posle psixotravmirujushego perejivaniya. // *Voprosy psixologii ekstremal'nyh situacii*. 2010. № 3. S. 7—15
- Agarkov V.A., Bronfman S.A., Orjehovskaya A.I.* Izychenie osobennosti frustratsionnykh reaktzii i mehanizmov psihicheskoi zaschity y litz, perejivshih psihicheskyyu travmy // *Voprosy psixologii ekstremal'nyh situacii*. 2009. №4. S. 17—37
- Agarkov V.A., Bronfman S.A., Kydaeva, L.M., Uvarova E.V.* Psihologicheskie aspekty patigenezna funkczionalnoi amenorei // *Psihicheskoe zdorovie* 2012. T. 10. № 7. S. 70—79
- Balint M.* Bazisnyi defect / per. s angl. M.: Cogito-Centre 2002. 256 s.
- Guntrip G.* Shizoidnye javleniya, objectnye otnosheniya i samost / per. s angl. M.: Institut Obschegymanitarnukh Issledoavanii. 2010. 672 c.
- Kogan. I.* Vtoraya kozha // *Psihologiya i psixopatologiya kozhi: texty* / per. s angl. Sost. I naychn. red S.F. Syrotkin, M.L. Melnikova. Izhevsk: ERGO; M.: Cogito-Centre 2011. 384 s.
- Kochetkov Ya.A.* K problem psihicheskikh narushenii posle aborta // *Problemy reproduktzii*. 2009. T. 15. № 2. S. 24—29
- McDougall J.* Tysjachelikii Eros. / per. s angl. SPb.: Sovmestnoye izdanie VEIP i B&K. 1999. 278 s.
- Maljychenko I.Ju.* Psihologicheskaya pomostch pri postabornom syndrome i perinatalnyh poteriakh. // *Perinatalnaya psixologija i psiczologija poditelstva*. 2008. № 2. S. 84—92
- Padzjinskiy V.E.* Akusherskaja agressija. / M.: Izd-vo jurnala Status Praesens, 2011., 688 s.
- Freud S.* Vvedenie v psioanaliz. Lektzii. / per. s nem. M.: OOO "Firma STD", 2003., 623 s.
- Schmidt-Hellerau C.* Vlechenie k jizni i vlechenie k smerti. Libido i Leta. Svodnaja formalno-logicheskaja model psioanaliticheskoj teorii vlechenii i strukturnoj teorii. / per. s nem. SPb.: B&K. 2003, 298 s.

- Adelman A.* Traumatic Memory and the Intergenerational Transmission of Holocaust Narratives. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1995. V. 50. P. 343—367
- Benedek T.* Parenthood as a developmental phase. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1959. 7: 389—417
- Blum H.* On identification and its vicissitudes. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1986. 67: 267—276
- Calef V.* The unconscious fantasy of infanticide manifested in resistance *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1968 16: 697—710
- Clarkin J.F, Fonagy P., Gabbard G.O.* (Eds.) 2010 *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*.. Washington, London, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Deutch H.* 1944 *The Psychology of Women*, Vol. 1.. New York: Grune & Straton
- Etchegoyen R.H.* 1999 *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*.. London: Karnac Books
- Fairbairn W.D.* 1952 *Psychoanalytic Studies of the Personality*.. London: Tavistock Publications Limited
- Fischer N.* Multiple induced abortions: A psychoanalytic case study. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1974 22: 394—407
- Grubrich-Simitis I.* Extreme Traumatization as Cumulative Trauma—Psychoanalytic Investigations of the Effects of Concentration Camp Experiences on Survivors and their Children. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1981. 36: 415—450
- Joseph B.* A Clinical Contribution to the Analysis of a Perversion. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1971. 52: 441—449
- Novick J., Novick K.K.* Two Systems of Self-Regulation. *Psychoanalytic Social Work*. 2001. 8: 95—122
- Novick J., Novick K.K.* The Superego and the Two-System Model. *Psychoanalytic Inquiry*. 2004. 24: 232—256
- Novick K.K., Novick J.* Two Systems Of Self-Regulation And The Differential Application Of Psychoanalytic Technique. *American Journal of Psychoanalysis*. 2003. 63: 1—20
- Pines D.* The Relevance of Early Psychic Development to Pregnancy and Abortion. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1982. 63: 311—319
- Pines D.* Pregnancy, Miscarriage and Abortion. A Psychoanalytic Perspective *International Journal of Psycho-Analysis*. 1990. 71: 301—307
- Remeikis G.V.* A Review of the Psychoanalytic Literature on Abortion. *Journal of American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*. 2001. 29: 231—244
- Stein Y.* Some Reflections on the Inner Space and its Contents. *Psychoanalytic Study of the Child*. 1988. 43: 291—304
- Waelder R.* Psychoanalysis, Scientific Method, and Philosophy. *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1962. 10: 617—637
- Welldon D.* 1988/2004. *Mother, Madonna, Whore: The Idealization and Denegation of Motherhood*.. London: Karnac Books
- Winnicott D.* Transitional Objects and Transitional Phenomena—A Study of the First Not-Me Possession *International Journal of Psycho-Analysis*. 1953. 34: 89—97
- Winnicott D.* 1971. *Playing and Reality*.. London: Tavistock Publications

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА МЛАДЕНЦАМИ ПО МЕТОДУ ЭСТЕР БИК: СОВРЕМЕННЫЕ ЦЕЛИ И ПЕРСПЕКТИВЫ¹

О.Г. КАЛИНА

В статье рассматривается современное состояние метода наблюдения за младенцами, разработанного представительницей психоаналитической школы Эстер Бик.

Рассматривается опыт развития метода и использования его в мировой практике, в т.ч. и в России; роль метода в развитии современной психоаналитической теории, в понимании аспектов раннего развития внутренней психической реальности ребенка, первичного формирования образа тела. Особое внимание уделено значению метода для ранней профилактики тяжелых психических расстройств у детей раннего возраста, в т.ч. аутизма, и для психологического сопровождения детей с ранними проблемами развития. Продемонстрированы возможности метода в качестве особой формы детской психотерапии.

Ключевые слова: наблюдение за младенцами, Эстер Бик, раннее развитие, психоанализ, детская психотерапия, аутизм, образ тела, психоанализ в России

Во второй половине 20 века внимание многих школ, изучающих психологию детского развития, сосредоточилось на изучении младенчества. Наблюдения за младенцами, их поведением, взаимодействием с матерью, проводимые в различных контекстах и условиях, позволили Р. Шпицу, М. Малер, Д. Боулби, Д. Стерну, М. Кляйн, А. Фрейд выявить в высшей степени сензитивные периоды развития на первых годах жизни, затруднения в прохождении которых могут вести к формированию психических расстройств различной степени тяжести. Вместе с тем оказалось, что сам сеттинг наблюдения и стоящие в его основании теоретические предпосылки могут вести к различающимся выводам и обобщениям.

¹ В основу статьи положен доклад, прочитанный автором на Первой научно-практической конференции «Значение наблюдения за младенцами в семье в современной психоаналитической теории и практике» (Москва, 16 февраля 2014 г.).

В этой работе речь пойдет о современном состоянии и значении метода наблюдения за младенцами, разработанного представительницей кляйнианской психоаналитической школы Эстер Бик [Бик, 2005]. О его важности и видном месте, который метод занимает в современном психоанализе, говорит то, что, ему посвящен специальный научный журнал, о методе публикуются статьи в ведущих психоаналитических журналах, он обсуждается в целом ряде профессиональных книг, на конференциях, и получил широкую освещенность среди жителей Великобритании благодаря фильму BBC о Тавистокской клинике детского развития, в котором одна из серий посвящена непосредственно методу наблюдения за младенцами. Двухгодичное наблюдение за младенцем является в Британском психоаналитическом обществе неотъемлемой частью психоаналитического образования. Этот метод в последние десятилетия шагнул за пределы Британии и представлен теперь по всему свету, в т.ч. и в России.

Начиная в группе наблюдения за младенцами, инициированной Джоном Боулби, Эстер Бик пришла к оригинальным взглядам и предположениям, уточняющим и развивающим теорию детского развития Мелани Кляйн.

Метод был задуман Эстер Бик как учебный, позволяющий наблюдателю войти в контакт со своими чувствами во время наблюдения, отказаться от стереотипов и теоретических догм правильности и неправильности, чтобы открыть для себя уникальность каждого младенца и младенческо-материнской диады и широкую вариативность нормального развития. Возможность наблюдать одну и ту же пару в течение нескольких лет позволяет понять значение того или иного психического феномена как в контексте конкретной ситуации, так и проследить его развитие в онтогенезе. Этот метод, скорее, позволяет продуцировать гипотезы, нежели чем проверять заранее созданные [Dubinsky, 2010]. Он не является статистическим и сильно привязан к конкретной ситуации, повторение которой из разу в раз вкупе с чувствами, переживаемыми в этой ситуации наблюдателем (контрперенос), могут пролить свет на значение происходящего.

Один ребенок двух лет пощипывал себя за шею. Оказалось, что более интенсивно он делает это в те моменты, когда его мама отсутствовала. Наблюдение давало ключ к пониманию смысла этого невербального действия: в возрасте 8 месяцев, в момент отлучения от груди, этот ребенок сначала немного щипал мамину грудь, потом — ее шею, затем — свою шею. Все это формировалось постепенно, в течении нескольких месяцев. Щипая себя в отсутствие мамы он, судя по всему, обращался к внутренней маме, аффективно окрашенный памяти о ней, посредством манипуляций со сво-

им телом. Это позволяло выражать разные чувства, которые испытывал ребёнок в связи с маминым уходом. Рассмотренный в отрыве от контекста (расставание с маминной грудью, прерывание грудного кормления) и вне линии своего формирования (сложная последовательность действий ребенка, изменяющаяся со временем) данный жест лишен для стороннего наблюдателя какого-либо смысла. Поэтому внимание к мелочам (в нашем случае, невербальным аспектам функционирования ребенка) и контексту очень важно, чтобы понять ребенка.

Классически, как это предложила сама Эстер Бик, метод заключается в том, что в семью, где только что появился младенец, раз в неделю в течение двух лет приходит наблюдатель [Бик, 2005]. Он приходит для того, чтобы учиться у матери и ее младенца тому, как возникают и развиваются их эмоциональные отношения. Он не дает никаких советов, потому что в этом случае сама процедура перестанет быть наблюдением, а наблюдатель превратится в еще одного советчика-эксперта. Главная задача наблюдателя — воспринимать то, что он наблюдает, избегая оценок, замечаний, одобрений, советов. Наблюдатель не заполняет никаких шкал или опросников после посещения семьи, как это делается в некоторых других методах наблюдения за маленькими детьми. Его целью не является оценка моторного, интеллектуального развития. Его главная задача — найти свое место в семье в тот день и час, когда он приходит на наблюдение, и сохранить свою наблюдательную позицию до конца наблюдательного часа, сохраняя способность наблюдать и отслеживать свои мысли и чувства, которые возникают у него при наблюдении. После он составляет протокол, в котором описывает все детали взаимодействий матери с ребенком, его невербальные коммуникации, а также отмечает свои собственные чувства в связи с наблюдаемым. Затем этот протокол обсуждается на специальном семинаре, основная цель которого — понять, что происходит во внутреннем мире наблюдаемого малыша. Как отмечает Элен Дубинская, ученица Эстер Бик и один из супервизоров московской группы по наблюдению за младенцами, «семинар помогает участникам думать о бессознательном значении поведения и способов общения матери и младенца. Семинар размышляет также о том, как закладываются основы личности ребенка, а она, эта личность, одновременно определяется врожденными установками и тем способом, который младенец использует для психической проработки переживаемого. Качественные характеристики тревог и защит, лежащие в центре всей психической работы, являются частью зарождающейся личности младенца. Семинар размышляет, помогая наблюдателю быть в контакте с собственными эмоциями, реакциями на наблюдение, и помогая ему не вмешиваться, несмотря на все внешние и внутренние влияния» [Дубинская, 2008].

Такой бесценный опыт позволяет, с одной стороны, в научном плане развивать наши представления о всем многообразии путей детского развития, а с другой — позволяет наблюдателю быть более восприимчивым и контейнирующим тревоги своих клиентов во время профессиональной работы с ними, будь это консультация, психотерапия или любая другая работа с людьми (врачебное дело, социальная помощь, работа в детских домах, с приемными семьями или с семьями, где есть маленькие дети с риском развития тяжелого психического или соматического расстройства).

В настоящее время область применения наблюдения за младенцами вышла уже далеко за рамки классических образовательных целей [Rustin, 2006, 2009]. Условно можно выделить следующие важные области, где оно плодотворно используется, некоторые из которых будут рассмотрены более подробно ниже:

— основанное на наблюдении развитие психоаналитической теории раннего развития ребенка, в особенности касающееся формирования целостного Эго;

— уточнение механизмов формирования тяжелых психических расстройств детского возраста, в особенности, связанных с проблемами матери в контейнировании переживаний младенца;

— психотерапия раннего детского возраста (психотерапевтическое наблюдение), особенно в случае риска развития тяжелого психического расстройства (аутизма);

— сопровождение младенцев в медицинских центрах интенсивной терапии для недоношенных и детей, родившихся с тяжелыми осложнениями;

— кросс-культуральные исследования (проведение наблюдения в этнических семьях, в семьях, где ребенок воспитывается беженцами и т.п.).

Вклад в психоаналитическую теорию развития

Как показала в своих работах сама Эстер Бик, метод наблюдения может иметь большое значение для уточнения и развития психоаналитической теории. Ее статья «Восприятие кожи в период ранних объектных отношений» является одной из самых цитируемых в психоаналитической литературе, а сформулированные ею понятия «вторая кожа», «аггезивная идентификация» уже внесли большой вклад в понимание потребностей и возможностей младенца, равно и как взрослого человека [Бик, 2005; Хиншельвуд, 2007].

Эстер Бик показала, как понимание невербальных коммуникаций младенца позволяет нам узнавать об устройстве его внутренней психической реальности, о его отношениях с внутренними психическими

объектами и тех интенсивных эмоциональных состояниях, тревогах, которые он может испытывать внутри, и которые могут быть очень опасны для интеграции и чувства целостности бессознательного Эго, существующего с самого рождения. С целью защиты от этих тревог он обращается к маме в надежде на ее удерживающие объятия, взгляд, голос, которые «собирают» психические части младенца воедино [Dubinsky, 2010].

Если мама недоступна, младенец может в этих ситуациях обращаться внутрь себя с целью найти «внутреннюю хорошую маму», опираясь на которую он может защититься и успокоиться [Дубинская, 2008]. Внешним воплощением такой внутренней хорошей мамы может стать светящаяся лампочка, дпящийся звук, собственная мускулатура, напряжение которой (гипертонус) может помочь младенцу почувствовать себя целостным, имеющим телесные и психические границы. Обо всем этом можно узнать, внимательно наблюдая за мельчайшими изменениями мимики, жестов, позы младенца и его взаимодействия с мамой.

Младенец С., 1 мес. и 23 дня, полулежал в автомобильном кресле, стоявшем в нескольких метрах от окна на кухне. Мальчик бодрствовал, но его мамы не было в комнате. Он глядел туда-сюда, не концентрируя взгляд на чем-то, ручки и ножки совершали мелкие беспокойные движения, он неритмично икал: то с большими промежутками, то с меньшими.

С. вдруг изменился в лице: оно вдруг выразило огромное жеманное восхищение или удивление, он собрал вместе руки у сердца, как на картинках 19 века, где кавалеры в экстазе объясняются в любви дамам сердца. Буквально через несколько секунд он расслабился, мелкие движения рук и ног исчезли, хотя он и продолжал икать. Теперь, кажется, он смотрел на светящуюся люстру.

Через несколько минут он воспроизвел похожую реакцию, но все же отличающуюся в следующем: руки он свел у груди, но скорее как бы отстраняясь от кого-то, раскинул их в разные стороны, как бы спохватясь, а на лице было не то блаженство, что прежде, а удивление с примесью испуга. Все это длилось не более нескольких секунд. После этого он снова стал беспокойно двигать ручками, продолжая неритмично икать.

Тут к нему подошла его сестра и дернула за веревочку музыкальной погремушки, висевшей рядом с С. Пока играла музыка, ик С. синхронизировался с ней, получалось что-то вроде: там-тарара-рарам-ИК-та-тарара-рара-ИК. На кухню зашла мама. Она взяла С. и села на стул, стоящий рядом со столом, напротив меня. Мальчик успокоился на руках у мамы. В какой-то момент он прямо посмотрел на меня, и я сказал ему «привет» и помахал рукой. Через какое-то время он уставился на небольшой глобус, стоявший поодаль. Сестра в этот момент снова запустила музыкальную

погремушку, и С. стал совершенно отчетливо и в такт музыке перебирать пальчиками обеих рук. В этот момент его ик прекратился, а лицо казалось спокойным и довольным.

В этом возрасте для младенца мать — это все, что вокруг него, то, что Винникот называет «материнской средой». Его несоординированность вначале наблюдения — это возможное следствие отсутствия мамы рядом, он чувствует тревогу и беспокойство. Когда он собирает руки вместе и успокаивается, он находит маму внутри, чему помогает и нахождение светящейся люстры, которая «собирает» части его Эго воедино. Но этот внутренний образ еще недостаточно стабилен и чуть позже он теряет его, и тревога усиливается: он беспокойно двигает ручками и неритмично икает. Сестра помогает ему с помощью игрушки, звуки которой для младенца его возраста — это как голос матери, который может успокоить. Когда мама приходит и берет его на руки, он получает полноценный контакт с материнским телом — контакт с хорошей внешней мамой восстановлен и он обнаруживает глобус и наблюдателя как хорошие объекты, находящиеся рядом. Когда младенец находится в контакте с хорошим внутренним объектом, он может снова установить контакт с хорошей мамой и во внешней реальности.

Женевьева Хааг, продолжая развитие идей Эстер Бик в своей работе с аутичными детьми и анализируя большое количество наблюдений за нормально развивающимися младенцами, старалась понять, какую роль играют открытие младенцем частей своего тела и связи между ними (руками, туловищем, ногами, головой) для интеграции его психического мира, какие внутренние объекты репрезентируются у младенца посредством его телесного опыта [Нааг, 2000]. Предполагается, что телесность младенца связана с опытом его отношений с частичными хорошими и плохими внутренними объектами, их интеграцией.

Хааг развивает идею «фоновой объекта первичной идентификации», близкую идеям «мать-среда» у Винникота или «преконцепции» у Биона. Наличие этого внутреннего объекта дает младенцу ощущение «внутреннего психического основания», «психической опоры». Он формируется из сложного обоюдного взаимопроникновения взгляда ребенка и принимающего, доброжелательного, мечтающего о ребенке взгляда матери, и одновременного с этим переживания телесной спинной опоры младенцем, когда мать надежно держит его на своих руках. Это дает младенцу опыт переживания матери как чего-то хорошего, что проникает внутрь его и не пропадает бесследно, а остается в виде хороших качеств и вносит вклад в формирование «фоновой внутренней опоры», на базе которой могут развиваться дальнейшие отношения. Этот процесс не сформирован у детей с аутизмом. Достижение этого пережи-

вания при психоаналитической работе с аутичным ребенком является важным фактором прогресса в его развитии, как в следующем примере [Нааг, 2000]:

Бруно, ребенок с риском развития аутизма под наблюдением, 20 месяцев, может установить глазной контакт с терапевтом. Ребенок подходит очень близко и глазам терапевта, как будто хочет пройти внутрь, что создает «эффект Циклопа». Затем ребенок быстро обходит терапевта и прижимается к задней части его головы, чтобы его взгляд не вылетел безвозвратно, чтобы обрести «психическую основу, фундамент» в голове терапевта. Тогда и ребенок не пропадает, не падает в «черную дыру», как показала это Франсиза Тастин, а может идентифицироваться с терапевтом, в мыслях которого есть надежное место для этого ребенка.

Ж. Хааг вводит понятие «латеральный объект первичной идентификации», предполагая, что совсем маленький младенец находится в состоянии психического и телесного слияния с матерью. Тогда для него она представлена телесно половиной его собственного тела (если условно провести воображаемую вертикальную ось, делящую его тело на две части). Это позволяет уточнить введенный Эстер Бик феномен адгезивной идентификации младенца, которая связана с «прилипанием» младенца к матери, фактически кожа к коже, ради защиты от первичной тревоги и ужаса распада и падения в «черную дыру». Хааг отмечает, что мы можем говорить о здоровой и патологичной адгезивной идентификации. Она утверждает, что в раннем младенчестве подобный опыт, когда младенец «приклеен» к телу матери, необходим. Она говорит о совмещении во времени нормальной адгезивной и проективной идентификаций, причем утверждает, что разные типы идентификаций могут оперировать одновременно на разных телесных уровнях [Нааг, 2000]:

Младенец между 3 и 9 месяцами находится в интенсивном обмене с мамой взаимными проекциями и интроекциями, буквально «голова к голове»: происходит сложный обмен взглядами, мимическими невербальными коммуникациям и словами со стороны матери, и гулением и лепетом у ребенка. Одновременно с этим, ниже головы, на уровне корпуса тела младенца, его части могут совершать сложные движения, как будто магнитные, стремящиеся притянуть мать к себе, к своей коже, особенно, когда мама уходит. Эта часть тела находится еще в адгезивной идентификации, которая обозначает следующее, если бы младенец мог говорить: «тело мамы — это буквально половина моего собственного тела; когда мама уходит, я теряю половину своего тела, и тогда я очень хочу вернуть ее-его (маму-часть своего тела) себе обратно». Например, младенец хватался левой рукой за средний палец вытянутой в сторону ушедшей мамы правой руки. В такой же ситуации младенец 3,5 месяцев пытался дотронуться ру-

кой до своего рта, но это ему никак не удавалось. Но когда мама вернулась, он с легкостью захватил своей правой рукой левую.

Возможность наблюдать у младенца, как происходит интеграция его правой и левой частей тела между 4-ым и 8-м месяцами жизни, позволяет делать вывод об успешности процесса его внутриспсихической интеграции. У младенца с риском развития аутистической патологии подобной телесной интеграции не наблюдается, что может быть важным сигналом о возникших сложностях в развитии. Данные наблюдений показывают, что эти процессы напрямую связаны с качеством ухода, кормления, внимания, которые младенец получает со стороны матери, особенно, с возможностями младенцев за счет такой интеграции правой и левой частей тела обходиться какое-то время без мамы.

У детей с аутизмом, наоборот, наблюдается расщепление, а не интеграция этих частей тела. Инакпсуляция и аутистическая раковина призваны удерживать эти части вместе у таких детей, когда нет других, более символических способов для этого. Типичный способ поведения у аутистов: когда они берут чью-то руку и пытаются ею делать что-то, может быть связан с идеей о слиянии одной части тела ребенка с частью тела взрослого [Нааг, 2000].

Но есть и горизонтальная ось, условно разделяющая тело младенца на верхнюю и нижнюю части. Она проходит в области таза. Ее значимость, согласно Хааг, усиливается после 5 месяцев, когда младенец пытается хватать руками свои ноги и открывает, что они присоединены к телу. Открытие нижних конечностей может быть важным в разрешении конфликта при усилении болезненных чувств, через них могут репрезентироваться плохие объекты [Нааг, 2000]:

Пятимесячному младенцу в первый раз дают бутылочку. Кажется, что он принял ее на уровне верхней части тела, но его ножки ведут себя не обычным образом как раньше при кормлении, но импульсивно дрыгаются в разные стороны, показывая «плохую» сторону этого нового опыта.

В том же ключе, когда кормят одного семимесячного младенца, его правая рука ритмично движется при приближении и удалении ложечки с едой, которой его кормит мама, в то время как только по «поведению» ног можно понять, что ему не нравится рыба: его мама комментирует: «Его левая нога все нападает и нападает на правую».

Таким образом, идеи Хааг, основанные на методе наблюдения за младенцами, могут не только пролить свет на самые ранние аспекты психической интеграции Я и объектов, но и помочь при работе с детьми с аутистической патологией.

Мария Роде, продолжая идеи Бик, Тастин и Мельцера, благодаря наблюдению за младенцами развивала понимание того, какую роль игра-

ет физиология и анатомия звукового аппарата для формирования внутреннего психического объекта. В своей статье «Сенсорные аспекты речевого развития в отношении к примитивным тревогам» она обращается к своей работе с аутичными детьми и наблюдениям за нормально развивающимися младенцами и изучает двойную природу слов, как вербализованных символов и как звуковых феноменов, обладающих сенсорным влиянием, наделенных музыкой и ритмом [Rhode, 2003].

В ее наблюдениях подтверждаются идеи Мельцера об уровне «песни и танца», на котором важную роль играют ритмические и музыкальные аспекты речи, когда формируется основа семантического речевого значения у младенцев. Наоборот, при аутизме слова могут восприниматься конкретно, а не символически, как что-то, физически теряемое изо рта. Тогда для защиты от подобных страхов ребенок используется физические, звуковые аспекты слова для самоуспокоения, а не для коммуникации. Подобные защиты, но уже не тотально, а в условиях эмоционально напряженной ситуации, может использовать и обычный ребенок [Rhode, 2003]:

Один аутичный мальчик сначала подходит близко-близко к терапевту, а затем начинает удаляться от нее и просит, чтобы она при этом говорила, но говорила все быстрее и быстрее, пока он удаляется от нее. Наоборот, когда он стал потихоньку приближаться к ней, она должна была говорить все медленнее и медленнее. По сути, более быстрая речь должна аннулировать расстояние между словами и, магически, возникающий ужас от увеличивающейся физической дистанции с терапевтом. Как пациентка Э. Бик, приветствовавшая ее «СБИК», в чем содержалось, как оказалось, «Доброе утро, мисс Бик». Отрицание промежутков между словами приводило к склеиванию слов, по сути, к патологической адгезивной идентификации.

Для одной девочки, Рэйчел, развивающейся нормально, «баба» — значит мама плюс малыш (тата baby). В 1 год и 10 мес. она играет со своей двоюродной сестрой. Она интересуется картинкой мамы-кошки и ее котят, идущих за ней. Она говорит наблюдателю, что эта кошка — мама. Вдруг ее сестра начинает вырывать книжку, Рэйчел тянет на себя и картинка рвется, так что кошка оказывается отдельно от котят. Рэйчел кажется очень напуганной и ее речь разрушается, она повторяет безостановочно «мамабабабаба». Это продлжается, пока мама не склеила скотчем картинку. Тогда Рэйчел внезапно прекращает говорить слова безостановочно. Как будто до этого она магически восстанавливала порванную связь между мамой и ее ребенком-котенком.

Роде также ставит вопрос, чем может являться лепет для развития младенца: самоуспокоением или коммуникацией (а может быть, и тем и другим в определенные моменты развития) [Rhode, 2003]:

Младенец под звуки музыки сосет материнскую грудь в такт ей. Как только начинает играть более быстрая и энергичная музыка, он начинает сосать более энергично, как если бы музыка была аспектом матери, самой матерью. В последующие разы, уже без внешней музыки, он уже сам сопровождает сосание собственными ритмичными звуками, тем самым демонстрируя первичные аспекты идентификации с мамой (3 недели).

В 18 недель мама подходит и начинает разговаривать, дает бутылочку. Мальчик активно вокализирует в ответ. Тут звонит телефон. Пока мама говорит по телефону, он играет с бутылочкой, но она неожиданно выскакивает из его рук. Он испуганно смотрит, часто моргает глазами и поворачивает голову назад. Он начинает двигать руками и ногами и лепетать, посасывая периодически внешнюю сторону своей ладошки. Приходит мама, он улыбается ей. Она объясняет, что была занята, и он начинает лепетать, уже обращаясь к ней. Мама дает ему кролика и уходит. Он посасывает его, начинает лепетать и дергать ножками. Кролик выпадает из рук, он продолжает лепетать и периодически высовывает язык изо рта, а потом помещает обратно.

Здесь лепет используется и для коммуникации с внешним объектом — мамой, и для самоуспокоения, возможного обращения к внутреннему объекту, когда внешней мамы нет рядом.

Роде также исследует, как могут быть связаны части ротового аппарата с научением произносить сложные звуки, слоги, содержащие согласные звуки. Она отмечает, что многие дети открывают для себя почти одновременно новые звуки с опытом высасывания жидкости из твердой пищи. Она высказывает идею, что есть связь между тем, что жидкость может быть высосана из твердого, не разрушая его, и тем, что слова могут покидать ротовую полость, и рот при этом остается целым и неповрежденным [Rhode, 2003]:

Нина в 8 мес. только что перекусила молоком и печеньем. Она усаживается напротив зеркала и помещает указательный палец в рот. Посмотрев в зеркало, она начинает лепетать: «бле, гла, глои, рои...». Теперь она помещает и средний палец в рот, трогает им язык и небо и издает шипящий звук. Она вынимает пальцы изо рта и как бы полощет слюну, издавая «г-рррррр». Наблюдателю кажется, что как будто она пытается дотронуться до звука тем же способом, каким она может трогать пищу, оставшуюся во рту после еды»

Девочка получает двойкие ощущения от жидкого молока и твердого печенья и от их совмещения во рту. И ее слоги во время лепета становятся более сложными.

Пионерские исследования были проведены в области наблюдения за младенцами Пионтелли. Она распространила наблюдение за младенца-

ми на внутриутробное состояние с помощью серии ультразвуковых исследований плода и смогла установить связи между характером и интенсивностью движений плода в утробе и особенностью невербальных коммуникаций этих же младенцев, когда они уже появились на свет [Piontelli, 1989].

Пионтелли отмечает выраженную индивидуальность движений плода, предпочитаемые положения в утробе, реакции. Наблюдение за плодом также вызывает интенсивные чувства у наблюдателя, как, собственно, и у матери, которая наблюдает за картинкой на экране УЗИ: «он какой-то нервный, этот станет танцором, он очень спокойный, она думать не любит, у него хороший характер, посмотрите, как он неумело обращается с пуповиной» [Piontelli, 1989]:

Миссис С. беременна двойней, на 18-ой неделе, это мальчик и девочка. Во время УЗИ девочка кажется гораздо более живой, хотя она меньше мальчика. Она двигает ручками, ножками, головой; поджимает ноги, вытягивается, соединяет руки, кладет пальцы в рот. Кажется, ей интересны разные движения, ощущения. Кажется, когда она родится, она будет очень интересоваться, кто вокруг нее. Однако такая активность беспокоит будущих родителей. Они говорят: «Будем надеяться, что она успокоится после рождения».

Ее брат, хотя он тоже много движется, вызывает у меня совершенно другие впечатления. Он кажется беспокойным, как будто постоянно ищет недостижимый покой. Его ножки плотно зажаты, в то время как руки прикрывают лицо. Как замечает одна из медсестер, «он использует плаценту как подушку... смотрите, как он пытается в нее закопаться». Кажется, что любые стимулы беспокоят его. Он отвечает на любые стимулы, исходящие от сестры, поворачиванием от нее и закапывается лицом в дальний угол плаценты. Даже если она не оставляла попытки установить с ним контакт более мягкими движениями ног и рук, он отвечал насильственным отталкиванием ее обратно. Подобное поведение продолжалось каждое наблюдение.

Подобное поведение продолжилось и после появления на свет. Его мама комментировала: «он ненавидит просыпаться, он спит 36 часов в день, кажется, он где-то внутри, а она совсем наоборот. Ей не нравится быть внутри, она не может усидеть в коляске... Даже свет его беспокоит. Я его подушка».

Большой опыт подобных наблюдений позволяет задаться вопросом о времени возникновения внутреннего психического объекта и раннего Эго и значимости для развития психического того времени, когда ребенок еще не родился и находится в материнской утробе.

Терапевтическое наблюдение для предотвращения риска развития тяжелых психических расстройств и в случаях угрозы нарушения первичного контакта матери с младенцем

Наблюдения за младенцами позволили увидеть такие микровзаимодействия матери и ребенка, которые, повторяясь из раза в раз, могут нарушать эмоциональное благополучие младенца, увеличивают риск развития аутистической и психотической патологии. Их общая черта — провал матери в контейнировании эмоциональных состояний младенца, как в силу массивированных материнских проекций, так и по причине ее эмоциональной недоступности для младенца. Ситуациями, нарушающими возможности матери видеть и постигать «красоту ребенка» (концепция Мельцера), может быть его врожденная телесная патология, генетическая аномалия или появление его на свет сильно недоношенным [Negri, 1994].

В подобных ситуациях родители могут испытывать шок, чувствовать себя дезориентированными. Нарушается способность матери думать, мечтать о своем ребенке, он часто наделяется негативными чертами и зачастую не воспринимается ее ребенком, тем, которого она вынашивала и видела в своих мыслях живым и здоровым. Мать не может понять, как все это могло произойти и чувствует очень сильную вину. Визиты наблюдателя могут позволить родителям снова поверить в будущее своего ребенка, в то, что он обладает своим собственным уникальным внутренним миром переживаний и эмоций, что он может вступать в коммуникацию, эмоциональное взаимодействие с родителями, и по-своему отвечать на их заботу.

Для предотвращения риска развития тяжелых расстройств у младенцев возможно применение метода терапевтического наблюдения. В основном, этот подход развивается во французской психоаналитической школе, благодаря работам Дидье Узеля [Houzel, 1999]. Само по себе наблюдение по Эстер Бик исключает возможность, чтобы наблюдатель занимал позицию советчика, а, тем более, терапевта. Это требование в том числе минимизирует риск негативного воздействия наблюдателя на семью. Однако есть ряд семей, где развитие младенца находится под очевидным риском формирования патологии. Тогда метод можно расширить до терапевтического, с тем, чтобы помочь наладить взаимодействия между матерью и младенцем. Зачастую, такое терапевтическое наблюдение продолжается до двух лет, а потом может плавно перейти в индивидуальную терапию ребенка. Впрочем, есть практика, когда обычное наблюдение по его завершении может быть продолжено и дальше, как терапевтическое, если есть риск для успешного развития.

Терапевтическое наблюдение отличается от младенческо-материнской психотерапии как в плане сеттинга, так и характером интервенций. Терапевтическое наблюдение в отличие от терапии проводится дома у родителей младенца или в неонатальном центре (больнице), а интервенции носят ситуативный характер. Главная цель — наладить эмоциональную коммуникацию между родителями и ребенком. Важно отметить, что им может заниматься только специалист, уже прошедший классическое наблюдение за младенцем, и работающий в команде других специалистов, также занимающихся проблемами данного ребенка и его матери.

В основе терапевтического наблюдения лежат следующие ведущие аспекты [Houzel, 1999]:

- контейнирование родительского дистресса;
- укрепление родительской компетентности;
- открытие родителям языка и потребностей ребенка;
- устранение межпоколенческих смещений;
- снабжение родителей моделью для идентификации с наблюдательной позицией.

Д. Узель отмечает, что при терапевтическом наблюдении необходимо внимательное слушание и понимание родительских коммуникаций, их чувств по поводу ребенка. Наблюдатель, остающийся дружелюбным и внимательным, даже когда на него могут обрушаться косвенные обвинения в задержке у ребенка, может очень помочь родителям, принимая их интенсивные и враждебные переживания.

Сама Эстер Бик отмечает психологическую важность для матери и ребенка приходов в семью наблюдателя. Многочисленные психоаналитические наблюдения по методу Эстер Бик, проведенные за последние 40 лет в различных странах мира специалистами разных профессий, показывают, что присутствие наблюдателя, не оценивающего, не судящего, не занимающего чью-либо сторону, но внимательного, благожелательного и регулярно приходящего в семью, оказывается очень полезным для семьи. Во многом это связано с тем, что наблюдатель становится своего рода контейнером, вместилищем различных тревог, трудно осознаваемых фантазий и переживаний матери и ближайшего окружения ребенка, которые связаны как с семейной историей, так и с самим появлением ребенка на свет: обстоятельствами беременности и родов, семейной историей. Регулярно приходящий наблюдатель, не являющийся членом семьи, фактически, посторонний человек, но в то же время думающий о матери и ее младенце, помогает ей поддерживать материнское внимание к младенцу, что может быть особенно трудно для мамы ребенка, который требует повышенного внимания и заботы, или в ситуации, когда мама по различным причинам не может поддерживать

со своим малышом близкий эмоциональный контакт, быть чуткой к его потребностям: боится брать его на руки, кричит на него, погружена в печаль или сильно злится [Rustin, 2009].

Не так давно в Москве впервые в отечественной практике (подобных отчетов в зарубежных исследованиях также обнаружено не было) было проведено наблюдение за младенцем с синдромом Дауна [Степанова, Калина, 2013]. Такой выбор был в некотором смысле случайным и обусловлен стечением обстоятельств, но в связи с тем, что раньше в России еще не наблюдали по методу Эстер Бик за младенцем с генетической аномалией, необходимо было учесть ряд важных моментов: что будет думать о наблюдателе мать ребенка? какими чувствами переполнена сейчас семейная среда: радостью, горем, отчуждением, надеждой, отчаянием? сможет ли наблюдатель установить контакт с семьей? не будет ли сам наблюдатель переполнен чувствами, которые окажутся трудно переносимыми? В такой ситуации исключительно важную роль играла группа обсуждения во главе с ее руководителем, тренинг-аналитиком Международной психоаналитической ассоциации О.В. Папсуевой: групповая дискуссия и обсуждение протоколов наблюдения могли позволить наблюдателю выдержать и вынести собственные тяжелые мысли и тревоги, возникавшие на первых этапах наблюдения. Опыт наблюдения показал, что эмоциональное развитие ребенка проходило хорошо, позитивный эмоциональный контакт между матерью и ребенком установился и был очень надежным. В процессе наблюдения на начальных этапах наблюдатель столкнулся и с горестными чувствами матери, ее внутренней работой по принятию дочери. Регулярные приходы наблюдателя, возможно, помогли матери войти в определенный ритм заботливого ухода за своим ребенком. Идентификация с доброжелательной, неоценивающей позицией человека, каждую неделю приходящего в семью, занявшего в ней свое определенное место, способствовали тому, что мать постепенно смогла развить в себе способность видеть ребенка, а не синдром Дауна, справляясь со своей тревогой, замечать малейшие сигналы девочки и реагировать на них так, как ей присуще.

Однако часто родители чувствуют себя некомпетентными во взаимодействиях с ребенком, не могут найти свое собственное решение сложной ситуации. Давать в такой обстановке совет или показывать, как себя надо вести с ребенком — значит только усилить материнскую некомпетентность.

Родитель может оказаться в ловушке своей проективной идентификации, теряя свою взрослую часть и проецируя на ребенка свою младенческую часть. Контейнирующая позиция терапевта позволяет развивать идентификацию родителя со своей взрослой частью и избежать детских идентификаций.

При терапевтическом наблюдении терапевт может вступать в коммуникацию с ребенком при родителях, косвенно показывая им возможное понимание нужд и потребностей ребенка и способов взаимодействия с ним [Gretton, 2006]:

В одном из терапевтических наблюдений за младенцем с риском развития аутизма, мама стала одевать своего полуторогодовалого мальчика для прогулки. Он очень напрягся телесно, на него было просто невозможно натянуть прогулочную одежду, он стал громко кричать. Наблюдатель почувствовал ужас, наполняющий мальчика, тело мальчика казалось полностью одеревеневшим. В этот момент наблюдатель стала громко, на какой-то особой высокой ноте, как будто жалобно причитать: как это страшно — идти на улицу, какими опасными могут быть вещи и события вокруг. Мальчик к огромному изумлению его мамы успокоился, расслабился, и они спокойно пошли гулять. В этой ситуации терапевт эмпатически точно воспроизвела, как зеркало, стенания мальчика, но у нее они были лишены ужаса и, кроме того, словесно обозначали те чувства, которые мог испытывать мальчик в тот момент. Терапевт выполнила, в терминах Билона, альфа-функцию матери: она восприняла от ребенка его ужас, но вернула ему его переживания лишеными страха, в переваренной, символизированной, выносимой форме, которую он мог без страха принять и успокоиться.

Отдельно следует сказать о применении метода терапевтического наблюдения при работе с детьми, родившимися недоношенными, и их родителями в рамках неонатальных центров. Специально организованная команда специалистов помогает матерям наладить первичный контакт с ребенком, находящимся в барокамере.

Романа Нэгри отмечает, что матери таких детей могут желать ничего не знать о ребенке, хотя они и могут каждый день исправно приходить к нему, но находясь рядом с ним, они как будто очень далеко от него. Другая крайность — сверх-бдительность. Такие матери буквально прилипают к инкубатору в нескончаемой тревоге, как будто если они отойдут ненадолго, это будет непростительным предательством по отношению к ребенку [Negri, 1994].

Матерям недоношенных детей, которые не могут еще получить в ответ на свой взгляд, взгляд своего младенца, важно объяснять и показывать, что ребенок взаимодействует посредством слуха и тактильных ощущений. Важно предотвратить двойную травматизацию ребенка: не только вследствие преждевременного появления на свет, но и вследствие потери контакта с матерью.

Стоя перед инкубатором вместе с матерью, наблюдатель может начать с ней разговор о ее младенце. Благодаря наблюдениям мы можем

видеть, какими возможностями обладает недоношенный малыш для установления контакта и как важна для него мать, хотя она часто в таких ситуациях считает себя ненужной. Нэгри описывает сеттинг работы: она встречается с родителями через несколько часов после родов, пытается понять из разговора с ними уровень их беспокойства. Она сообщает о важности их присутствия рядом с ребенком [Negri, 1994].

В нашей стране метод наблюдения Э. Бик развивается благодаря известным британским аналитикам Алексу и Элен Дубинским, руководящими семинарскими группами по наблюдению за младенцами в Тавистокской клинике. В 1995—1997 годах Алекс Дубинский посетил факультет психологии МГУ и предложил группе психологов организовать обучение этому методу. В 2000 году под руководством Дубинских группа психологов, которую возглавила О.В. Папсуева, начали свою работу в этом направлении [Папсуева, 2012]. Первое время Алекс и Элен Дубинские приезжали в Москву два раза в год, чтобы встречаться с этой группой, а также другими специалистами, интересующимися детской психотерапией. Между этими приездами группа под руководством О.В. Папсуевой проводила еженедельные наблюдения за младенцами, результаты которых посылались в Британию и супервизировались А. Дубинским. Алекс и Элен Дубинские научили своих московских коллег не только методу, но и поощрили их передавать свой опыт. Под дальнейшим руководством тренинг-психоаналитика ИРА О.В. Папсуевой эта программа существует и развивается и сегодня [Папсуева, 2012].

Использование принципов наблюдения по методу Эстер Бик, внимание к невербальным коммуникациям и понимание сложных внутренних процессов, стоящих за ними, важно и на практическом уровне: например, для содействия успешной адаптации ребенка к детскому саду, как это было показано в работах О.Г. Калины [Калина, 2012; Калина, Проничева, 2013].

К. Солоед продемонстрировала целый ряд телесных способов выражения младенцами-отказниками своего эмоционального состояния и интерпретировала их в духе Э. Бик как безуспешную попытку найти надежный внутренний объект, с которым возможно было бы установить отношения [Солоед, 2000].

Таким образом, хорошо видно, как расширились границы применения наблюдения за младенцами по методу Эстер Бик, каким потенциалом оно обладает в плане помощи маленьким детям и их семьям, особенно для установления позитивного, надежного эмоционального контакта между мамой и ребенком. Но его основой остается та же способность наблюдателя, о которой говорила Эстер Бик: способность контейнировать, оставаться спокойным и доброжелательным к матери и младенцу.

ЛИТЕРАТУРА

- Бик Э. Восприятие кожи в период ранних объектных отношений. // http://spp.org.ru/list.php?c=doc_trans
- Бик Э. Заметки о наблюдении за младенцами как части психоаналитического обучения. // Журнал практической психологии и психоанализа, 2005, № 2
- Дубинская Э. К вопросу о наблюдении младенца и проблемах подросткового возраста / Доклад на семинаре по наблюдению за младенцами (Москва, 2008 г.)
- Калина О.Г. Кое-что о переживаниях ребенка, расстающегося с мамой в детском саду: внимание к невербальным коммуникациям // Современное дошкольное образование. Теория и практика. 2012. № 5, С. 40—47
- Калина О.Г., Проничева Е.Е. Невербальные способы выражения внутренней психической реальности у дошкольников в контексте сепарации // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. P. 42—62
- Пансуева О.В. Наблюдения за младенцами по методу Эстер Бик / Доклад на открытом семинаре Московской группы психоаналитиков (Москва, 24 марта 2012 г.)
- Солоед К.В. Разлука с матерью на первом году жизни: влияние на объектные отношения у детей // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 4
- Степанова В.А., Калина О.Г. Психоаналитическое наблюдение за младенцами по методу Эстер Бик на примере ребенка с синдромом Дауна // Синдром Дауна-XXI век. 2013. № 2 (11). С. 12—16
- Хиншельвуд Р. Словарь кляйнианского психоанализа. / перевод с англ. под общей ред. И.Ю. Романова. — М., Когито-центр, 2007
- Dubinsky A. The musings of babies: reflective thinking, emotion and the re-integration of the good object // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*. 2010. № 1 (13). P. 5—13
- Gretton A. An account of a year's work with a mother and her 18-month-old son at risk of autism // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*. 2006. № 1 (9). P. 21—34
- Haag G. In the footsteps of Frances Tustin: Further reflections on the construction of the body?ego // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*. 2000. № 3 (3). P. 7—22
- Houzel D. A therapeutic application of infant observation in child psychiatry // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*. 1999. № 3 (2). P. 42—53
- Negri R. The Newborn in the Intensive Care Unit: A Neuropsychoanalytic Prevention Model. 1994. Clunie Press. P. 1—260
- Piontelli A. A Study on Twins Before and after Birth // *International Review of Psycho-Analysis*. 1989. № 16. P. 413—426
- Rhode M. Sensory aspects of language development in relation to primitive anxieties // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*. 2003. № 2 (6). P. 12—32
- Rustin M. Esther Bick's legacy of infant observation at the Tavistock — some reflections 60 years on // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications*. 2009. № 1 (12). P. 29—41

Rustin M. Infant observation research: What have we learned so far? // Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications. — 2006. № 1 (9). P. 35—52

PSYCHOANALYTIC INFANT OBSERVATION BY ESTHER BICK'S METHOD: CONTEMPORARY AIMS AND PERSPECTIVES

O.G. KALINA

The article discusses the current state of the infant observation method developed by the famous British psychoanalyst Esther Bick. The experience of its development and use in the world, including Russia, is discussed.

The role of the method in the development of modern psychoanalytic theory, understanding the aspects of the early development of the inner psychic reality of the child, the primary formation of body image are studied. Particular attention is given to the importance of the method for the early prevention of severe mental disorders in young children, including autism, and psychological support of children with early developmental problems. The possibilities of the method as a special form of child psychotherapy are observed.

Keywords: infant observation, Esther Bick, early development, psychoanalysis, child psychotherapy, autism, body image, psychoanalysis in Russia

Bik Eh. Vospriyatie kozhi v period rannikh ob"ektnykh otnoshenij. // [http:// spp.org.ru/list.php?c=doc_trans](http://spp.org.ru/list.php?c=doc_trans)

Bik Eh. Zametki o nablyudenii za mladentsami kak chasti psikhoanaliticheskogo obucheniya. // Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza, 2005, No 2

Dubinskaya Eh. K voprosu o nablyudenii mladentsa i problemakh podrostkovogo vozrasta / Doklad na seminare po nablyudeniyu za mladentsami (Moskva, 2008 g.)

Kalina O.G. Koe-chto o perezhivaniyakh rebenka, rasstayushhegosya s mamoy v det'skom sadu: nimanie k neverbal'nym kommunikatsiyam // Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. Teoriya i praktika. 2012. № 5, S. 40—47

Kalina O.G., Pronicheva E.E. Neverbal'nye sposoby vyrazheniya vnutrennej psikhicheskoy real'nosti u doshkol'nikov v kontekste separatsii // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013. № 1. R. 42—62

Papsueva O.V. Nablyudeniya za mladentsami po metodu EHster Bik / Doklad na otkrytom seminare Moskovskoy gruppy psikhoanalitikov (Moskva, 24 marta 2012 g.)

Soloed K.V. Razluka s mater'yu na pervom godu zhizni: vliyanie na ob"ektnye otnosheniya u detej // Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurnal. 2000. № 4

Stepanova V.A., Kalina O.G. Psikhoanaliticheskoe nablyudenie za mladentsami po metodu EHster Bik na primere rebenka s sindromom Dauna // Sindrom Dauna-XXI vek. 2013. № 2 (11). S. 12—16

- Khinshel'yud R.* Slovar' klyajnianskogo psikhoanaliza. / perevod s angl. pod obshej red. I.YU. Romanova. — M., Kogito-tsentr, 2007
- Dubinsky A.* The musings of babies: reflective thinking, emotion and the re-integration of the good object // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* 2010. № 1 (13). P. 5—13
- Gretton A.* An account of a year's work with a mother and her 18-month-old son at risk of autism // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* 2006. № 1 (9). P. 21—34
- Haag G.* In the footsteps of Frances Tustin: Further reflections on the construction of the body?ego // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* 2000. № 3 (3). P. 7—22
- Houzel D.* A therapeutic application of infant observation in child psychiatry // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* 1999. № 3 (2). P. 42—53
- Negri R.* The Newborn in the Intensive Care Unit: A Neuropsychanalytic Prevention Model. 1994. Clunie Press. P. 1—260
- Piontelli A.* A Study on Twins Before and after Birth // *International Review of Psycho-Analysis.* 1989. № 16. P. 413—426
- Rhode M.* Sensory aspects of language development in relation to primitive anxieties // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* 2003. № 2 (6). P. 12—32
- Rustin M.* Esther Bick's legacy of infant observation at the Tavistock — some reflections 60 years on // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* 2009. № 1 (12). P. 29—41
- Rustin M.* Infant observation research: What have we learned so far? // *Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications.* — 2006. № 1 (9). P. 35—52

НАШИ АВТОРЫ

Агарков Всеволод Александрович — кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психофизиологии имени В.Б. Швыркова Учреждения Российской академии наук Института психологии РАН, научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых лекарственных терапевтических методов НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета имени М.И. Сеченова, кандидат учебной группы «Московская группа психоаналитиков», медицинский психолог
agargor@yandex.ru

Арбузова Лидия Андреевна — медицинский психолог первой категории, ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина
arbuzovalidiya@gmail.com

Бронфман Светлана Ароновна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории по разработке и внедрению новых лекарственных терапевтических методов НИЦ Первого Московского государственного медицинского университета имени М.И. Сеченова, врач-психиатр.
chernenko@mtu-net.ru

Горчакова Вера Александровна — магистр психологии, начальник отдела психологического сопровождения Московского городского психолого-педагогического университета
gorchakovava@mgppu.ru

Калина Олег Геннадьевич — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета, кандидат Московской группы психоанализа IPA
oleg_kalina@mail.ru

Климова Ирина Дмитриевна — студентка кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета
nanaioffe@gmail.com

Кони́на Муза Александровна — выпускница факультета журналистики Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова (2003), студентка кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, редактор журнала «Консультативная психология и психотерапия»
muza-@list.ru

Ласовская Татьяна Юрьевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии Новосибирского государственного медицинского университета
las121268@mail.ru

Палин Александр Васильевич — врач-психиатр, психотерапевт, куратор психореабилитационной службы ПКБ № 4 им П.Б. Ганнушкина
pavelpalin@yandex.ru

Польская Наталия Анатольевна — кандидат философских наук, доцент кафедры психологии личности Саратовского государственного университета имени Н.Г. Чернышевского
polskayana@yandex.ru

Расторгуева Елена Николаевна — кандидат психологических наук, доцент кафедры социологии и политологии Пермского научно-исследовательского политехнического университета
elnigor@mail.ru

Сорокова Марина Геннадьевна — доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, профессор кафедры Прикладной математики факультета Информационных технологий Московского городского психолого-педагогического университета
marsor@mail.ru

Федунина Наталья Ю. — доцент кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, педагог-психолог ЦППРиК «На Снежной»
natalia_fedunina@mail.ru

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России, и.о. декана факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета
kholmogorova@yandex.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Василюк Федор Ефимович — доктор психологических наук, профессор
Гаранян Наталья Георгиевна — зам. главного редактора, доктор психологических наук, профессор
Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент
Майденберг Эмануэль (США) — PhD, Clinical Professor of Psychiatry
Шайб Питер (Германия) — PhD

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Джудит Бек (США) — PhD
Бондаренко Александр Федорович (Украина) — доктор психологических наук, профессор, член-корр. национальной АПН Украины
Гиппенрейтер Юлия Борисовна — профессор кафедры общей психологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова
Грининг Томас (США) — PhD
Гулина Марина Анатольевна (Великобритания) — доктор психологических наук, профессор психологии
Тагэ Сэфик (Германия) — MD
Кадыров Игорь Максutowич — кандидат психологических наук, доцент МГУ им. М.В. Ломоносова
Кэхеле Хорст (Германия) — доктор медицины, профессор
Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор
Кочюнас Римантас (Литва) — доктор психологии, профессор
Кроль Леонид Маркович — кандидат медицинских наук, профессор
Лэнгле Альфريد (Австрия) — PhD, MD
Михайлова Екатерина Львовна — кандидат психологических наук
Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент
Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук
Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, проф., член корреспондент РАН
Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО
Перре Майнрад (Швейцария) — PhD, professor
Роджерс Натали (США) — PhD
Сарджвеладзе Нодар Ильич (Грузия) — доктор психологических наук
Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор
Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент
Табриана Надежда Владимировна — доктор психологических наук, профессор
Цапкин Вячеслав Николаевич — кандидат психологических наук
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МАТЕРИАЛА В ЖУРНАЛ «КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»

Журнал «Консультативная психология и психотерапия» является научно-аналитическим изданием, освещающим проблемы теории, методологии и практики психотерапии, психологического консультирования и смежных дисциплин.

Основные рубрики журнала

1. Антропология, феноменология, культура. Рубрика посвящена рассмотрению актуальных вопросов философии консультативной и психотерапевтической практики, антропологии и этике психотерапии и консультирования, широкому спектру проблем соотношения психологического консультирования и психотерапии с различными аспектами культуры.

2. Теория и методология. Рубрика посвящена актуальным вопросам и исследованиям в области теории и методологии консультативной психологии и психотерапии.

3. Исследования. Эта рубрика представляет как классические экспериментальные исследования по тематике журнала, так и работы, выполненные в рамках неклассической методологии (феноменологии, герменевтики, дискурс-анализ и др.).

4. Мастерская. Данная рубрика посвящена презентациям и подробному рассмотрению новых методов работы в психотерапии и консультировании.

5. Психотерапевтический цех. Рубрика посвящена рассмотрению различных актуальных вопросов, связанных с функционированием профессионального сообщества консультантов и психотерапевтов (законодательство, сертификация, супервизия, отчеты о конференциях и докладах, презентация консультативных и психотерапевтических центров и т. д.).

6. Специальная психотерапия. Данная рубрика посвящена рассмотрению особенностей психотерапевтической и консультативной работы с клиентами с различной спецификой проблем (суицид, соматические и психосоматические заболевания и т. д.).

7. Случай из практики. Рубрика представляет работы, выполненные в особом жанре анализа единичного случая психотерапевтической и консультативной работы.

8. Эссе. Рубрика представляет материалы, в которых изложен авторский взгляд на ту или иную проблему, связанную с тематикой журнала и оформленную в жанре эссе.

9. Дебют. В этой рубрике журнал публикует лучшие работы начинающих специалистов.

Журнал публикует оригинальные и законченные работы.

В журнале также публикуются обзоры отечественной и иностранной литературы, посвященной различным проблемам консультативной психологии и психотерапии, оригинальные переводы по тематике журнала, интервью, рецензии на книги и статьи.

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в **КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ**. Отсылка на источник представляет собой номер источника из списка литературы, например [5; 15].

4. Кроме текста статьи должна быть представлена также следующая информация:

Аннотация статьи (не более 1000 знаков) на русском и английском языках.

Ключевые слова на русском и английском языках.

Пристатейные библиографические списки, оформленные в соответствии с ГОСТ на русском языке и The Chicago Manual of Style на английском языке (примеры оформления на сайте www.pk.mgpru.ru).

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.
2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.
3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.
4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.
5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.
6. Несоответствие материалов формальным требованиям является основанием для отправки материала на доработку автору.

**Бланк подписки на журнал
«Консультативная психология и психотерапия»
на 2014 год**

Индексы подписки (Агентство «Роспечать»)

- Индекс (полугодовой): 32344 (для физ.лиц)
- Индекс (полугодовой): 32347 (для организаций)

Периодичность выхода: 4 номера в год (ежеквартально)

Стоимость номера:

индивидуальная подписка: 300 руб.
подписка для организаций: 600 руб.

Ф. СП-1	АБОНЕМЕНТ на журнал																																		
	Консультативная психология и психотерапия <small>(наименование издания)</small>		(индекс издания)																																
			Количество комплектов																																
	(наименование издания)																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 5%;">2</td><td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">4</td><td style="width: 5%;">5</td><td style="width: 5%;">6</td><td style="width: 5%;">7</td><td style="width: 5%;">8</td><td style="width: 5%;">9</td><td style="width: 5%;">10</td><td style="width: 5%;">11</td><td style="width: 5%;">12</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Куда</td> <td style="width: 50%;">Кому</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">(почтовый индекс)</td> <td style="font-size: 8px;">(адрес)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">(фамилия, инициалы)</td> </tr> </table>												Куда	Кому	(почтовый индекс)	(адрес)	(фамилия, инициалы)																			
Куда	Кому																																		
(почтовый индекс)	(адрес)																																		
(фамилия, инициалы)																																			
ДОСТАВочная КАРТОЧКА																																			
ПВ		место		ли-тер		на журнал		(индекс издания)																											
Консультативная психология и психотерапия <small>(наименование издания)</small>																																			
Стоимость		подписки пере-адресовки						Количество комплектов																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td><td style="width: 5%;">2</td><td style="width: 5%;">3</td><td style="width: 5%;">4</td><td style="width: 5%;">5</td><td style="width: 5%;">6</td><td style="width: 5%;">7</td><td style="width: 5%;">8</td><td style="width: 5%;">9</td><td style="width: 5%;">10</td><td style="width: 5%;">11</td><td style="width: 5%;">12</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																								
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Куда</td> <td style="width: 50%;">Кому</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">(почтовый индекс)</td> <td style="font-size: 8px;">(адрес)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: 8px;">(фамилия, инициалы)</td> </tr> </table>												Куда	Кому	(почтовый индекс)	(адрес)	(фамилия, инициалы)																			
Куда	Кому																																		
(почтовый индекс)	(адрес)																																		
(фамилия, инициалы)																																			

Для заметок
