



## У «пограничности» есть своя история

В психологической и медицинской литературе термин «пограничный» встречается в разном понимании: «пограничное расстройство», «пограничное состояние», «пограничная личность». Два традиционных подхода к пониманию «пограничности» — клинический и психоаналитический. Они имеют и нечто общее, и существенные различия. В клиническом подходе речь идет о «пограничном расстройстве личности» (ПРЛ, англ. *borderline personality disorder*). В психоаналитическом чаще говорят о «пограничной организации личности».

Понятие «пограничный уровень организации личности» имеет большое значение в разных направлениях психоанализа. Взгляды психоаналитиков отличаются от клинических представлений. В современных классификациях болезней отмечается тенденция к сближению и интеграции этих теорий. В целом психоаналитический подход значительно обогащает понимание «пограничности», делает его более интересным и полезным.

В начале XX века и в медицине, и в психоанализе определилось четкое понимание различий между тяжелыми болезнями в виде психозов и легкими в форме невротических расстройств. В дальнейшем представители разных психоаналитических направлений много раз высказывали предположения, что между психотическим и невротическим уровнями патологии существует некая пограничная зона. Патологию в пограничном промежутке описывали с разных позиций психоанализа. Общим оставалось понимание, что эти расстройства невозможно отнести ни к психозам, ни к неврозам.

Современный психоаналитик Нэнси Мак-Вильямс создала свою систему диагностики, которая широко распространена в наши дни. В этой схеме она соединила две пересекающиеся оси. Одна из них характеризует уровень организации личности — невротический, пограничный и психотический. Вторая ось — это тип характера: шизоидный, параноидный, депрессивный,

истероидный, антисоциальный, нарциссический, мазохистический, obsessивно-компульсивный, диссоциативный. Диагностика личности определяется ее условным положением в данной системе координат.

Теория объектных отношений предлагает посмотреть на формирование пограничного уровня личности с точки зрения нарушений процесса сепарации-индивидуации. Согласно этой теории в самом раннем младенчестве ребенок пребывает в состоянии слияния с матерью, воспринимая себя, ее и весь окружающий мир как единое целое. На первом году жизни и примерно до трех лет происходит процесс психического отделения себя от фигуры матери, обретения отдельности, самостоятельности, целостности ощущения своего «Я». В этом процессе большую роль играет поведение матери. Она должна «отпустить» ребенка в направлении соответствующей возрасту самостоятельности, но и одновременно демонстрировать свою готовность оказать поддержку и защиту при необходимости. Если мать препятствует автономии ребенка или не предоставляет при необходимости заботу и поддержку, то формирующаяся личность не проходит сепарацию и индивидуацию в полной мере. Ребенок как бы «застревает» в этой фазе, фиксируется на борьбе за «независимость». Он перемещается между тотальным слиянием с матерью и тотальной отдаленностью. Слияние ощущается как угроза его существованию из-за поглощения его «Я». Отдаленность также опасна, так как идентична брошенности, покинутости.

Другие уровни организации личности в теории объектных отношений выглядят следующим образом. Люди психотического уровня организации остаются в состоянии симбиотического слияния, плохо различая, что находится внутри, а что снаружи их личности. Стадия «сепарации» для них даже еще не начиналась. Представители невротического уровня организации благополучно прошли слияние и сепарацию. У них что-то пошло не так на более поздней, эдипальной фазе развития. Их психологические проблемы, в силу «эдипальности», носят характер конфликта между желаниями и препятствиями к их исполнению или страхами.

Еще одна интересная теория, «растущая» из психоанализа, — это теория привязанности Дж. Боулби [124]. При пограничном расстройстве в родительских сценариях часто встречаются избегающий и ненадежный виды привязанности. Но наиболее катастрофичной является привязанность дезорганизованного, или хаотического, типа. Стиль воспитания и отношения в семье характеризуются общей непоследовательностью, противоречивостью, переменчивостью без ясных причин. Проявления аффектов и агрессии становятся

привычкой, включенной в картину мира ребенка. В дальнейшем, при отсутствии кипящих эмоций и страстей, жизнь воспринимается скучной и пустой, вызывает тревогу непонимание непривычных ситуаций. При хаотичных отношениях в семье обычно никто даже не пытается удовлетворить потребности и желания ребенка, всем не до этого. Поэтому маленький человек учится добиваться необходимого, включая внимание и заботу, самыми изощренными «окольными» путями. Таким образом оттачивается мастерство манипуляций, провокаций, диссоциаций и прочего. В детстве эти способы помогали ребенку выжить. Во взрослом возрасте они становятся неосознаваемыми привычками, значительно осложняя его жизнь, практически лишая его полноценного бытия.

Современный психоаналитик Отто Кернберг, знаменитый исследователь теории объектных отношений, также внес большой вклад в изучение пограничной организации личности. Он отрицает достоверность описательного подхода к диагностике «пограничности». Слишком по-разному выглядят характеры у людей, относящихся к пограничному уровню. Действительно, истероидные, шизоидные, антисоциальные и другие типы личности радикально отличаются в своих проявлениях, но вполне могут быть представителями и невротического, и психотического, и пограничного уровня организации. Кернберг выделил свои критерии диагностики личности. Всего их три основных: степень интеграции идентичности, способность к тестированию реальности и типы защитных механизмов. Есть еще три дополнительных критерия: проявления слабости Эго, качество интеграции Супер-Эго и наличие первичных процессов мышления. Что стоит за этими сложными терминами?

У пограничной личности ощущение своего «Я» имеет достаточные границы, отделяющие его от «Я» других и от остального мира. Например, при психотической структуре эти барьеры очень слабые или отсутствующие. У пограничной личности образы других носят полярный характер — или очень плохие, или очень хорошие. Для примера: у невротика плохие и хорошие черты других интегрируются в целостный образ другого и принимаются со всеми противоречиями. В общем, люди с пограничной структурой отличаются довольно сильно нарушенной идентичностью. От психотиков их отличает понимание того, что она существует. От невротиков отличает отсутствие ощущения ее целостности. Из этой проблемы следуют непоследовательность восприятия себя и окружающих, чувство внутренней пустоты, раздробленности, потребность в наносных ролях и страх их разоблачения. Кернберг обращает внимание на то, как трудно пограничному пациенту ответить на простые

вопросы: «Кто вы? Какой вы?». Ему очень сложно просто описать себя и других людей, даже самых близких. Из нарушений идентичности исходят проблемы в межличностных отношениях, которые более подробно будут рассмотрены далее.

Способность к тестированию реальности определяется отсутствием бреда и галлюцинаций; неадекватных форм поведения и аффектов; явных странностей в проявлениях. У личности с пограничной структурой эта способность сохранена на условно среднем уровне между психотическим и невротическим.

Защитными механизмами личности называют систему адаптивных реакций личности, направленную на ослабление психотравмирующего воздействия на Я-концепцию человека. В настоящее время описано около двадцати психологических защит. Мы не будем останавливаться на каждой, но отметим некоторые нюансы. Все защиты делятся на зрелые и примитивные. Последние имеют большое значение и могут приносить явную пользу личности на ранних этапах развития. В дальнейшем они утрачивают свою функцию повышения адаптивности и начинают мешать человеку жить полноценной жизнью. У каждого из нас в «арсенале» присутствуют и зрелые, и примитивные механизмы защит. Пограничная организация личности характеризуется преобладанием примитивных защит и недостаточным наличием зрелых.

Одной из частых примитивных защит является расщепление. Благодаря расщеплению все окружающие объекты, другие люди, отношение к самому себе делятся только на «хорошее» и «плохое». Соединить в одном объекте противоречивые качества невозможно, что вроде бы и спасает Эго от тревоги, но при этом ослабляет его функционирование. Процесс расщепления может подкрепляться примитивной идеализацией и обесцениванием объектов. Механизм всемогущего контроля позволяет неосознанно наделять себя способностью «управлять миром» и другими людьми, питая манипулятивность и чрезмерно контролирующее поведение. Диссоциацию рассмотрим в следующих главах. Есть еще механизм отрицания, когда дискомфортные факты, переживания, ситуации не признаются существующими. Например, зависимые алкоголики отрицают у себя наличие болезни и приносимых ею явных проблем. Примитивная проекция позволяет приписывать другому человеку свойства и желания, которые самому погранично организованному человеку трудно в себе принять. Например, подозрение других в агрессивных или коварных намерениях. Как следствие — перед этим другим возникают страх и потребность контролировать. Так, Мак-Вильямс назвала проективную идентификацию самосбывающимся пророчеством. То есть все плохие ожидания

пограничной личности относительно других людей имеют свойство сбываться. Примитивная интроекция позволяет усваивать чужие установки как свои собственные, без малейшей критики. В основном это происходит в процессе воспитания личности. Так внедряются внутрь психики образы критикующих, требовательных и преследующих родителей.

Слабость Эго («Я») проявляется в неспособности переносить «свободноплавающую» тревогу, напряженность и в склонности к импульсивному поведению.

Нарушение интеграции Супер-Эго означает слабость моральных установок, этических ценностей, склонность к эксплуатации других людей.

Коснемся немного истории развития представлений о пограничном спектре личностных нарушений.

История развития клинического подхода к пограничным состояниям начинается в XIX веке в сфере психиатрии.

*«Впервые довольно подробные описания психопатологических проявлений у психопатических личностей появились в научной литературе в первой половине XIX столетия. Обзоры литературы того времени свидетельствуют, что такие зарубежные классики психиатрии, как Ph. Pinel (1809), J. Prichard (1835), J.-E. Esquirol (1838), U. Trelat (1835), в своих работах указывали на наличие в социуме лиц без психоза, но тем не менее никак не вписывающихся своим поведением в общепринятые обществом нормы. Психическое состояние у них предлагалось обозначать „моральным помешательством“, „люцидным помешательством“, „инстинктивной мономанией“ и т. п. В последующем не одно поколение ученых пыталось внести свою лепту в клиническое понимание того, что всё же представляют собой эти „патологические характеры“, занимают ли они определенную нишу в реестре психических заболеваний либо являются крайним вариантом психической нормы и, соответственно, требуют ли они принятия каких-либо мер медицинского свойства или нет. Однако психопатии и в настоящее время являются одной из наиболее спорных глав психиатрии» [64, с. 11].*

В начале XX века в Германии появляется термин «психопатия», который в последующем заменен на диагноз «расстройство личности». Немецкие психиатры Э. Кречмер, Э. Крепелин, К. Шнайдер развивали понимание

психопатий. Под данным словом понималось крайнее, болезненное заострение особенностей личности, приносящее вред самому пациенту и окружающим. Важным критерием для диагностики психопатий было условие, что эти особенности являются врожденными или сформированными в ранние годы жизни. Считалось, что они остаются с человеком на всю жизнь, могут компенсироваться в благоприятные периоды, но никогда не исчезают полностью.

Эти состояния не должны были быть следствием органического поражения мозга или более тяжелого психического расстройства. Они должны являться отдельным самостоятельным психическим состоянием. Диагноз устанавливался по трем основным свойствам: влияние на все сферы жизни человека, стабильность во времени и социальная дезадаптация, вызванная заостренными личностными чертами.

Российский психиатр П. Б. Ганнушкин предложил первую классификацию психопатий, которая долгое время широко использовалась в нашей стране. Классификация была основана на комплексе личностных черт, которые представляли собой описания определенных патологических характеров.

К понятию «психопатия» близко такое состояние, как «акцентуация черт характера». Это те же комплексы личностных черт, только выраженные в меньшей степени. При акцентуации отсутствуют три обязательных признака психопатий, описанных выше. Соответственно, они, в отличие от психопатий, не вызывают нарушений социальной адаптации и межличностных отношений. Говоря простым языком, не так сильно мешают жить человеку.

---

*Акцентуация черт характера — заострение личностных черт в пределах нормы — наблюдается у очень многих людей.*

---

Например, человек может иметь истероидные черты характера — яркость проявления эмоций, экспрессивность, демонстративность, внушаемость, выраженную зависимость от чужого мнения. Это не мешает ему в обычной жизни, а иногда даже помогает, скажем, в профессиональной актерской деятельности. Тогда это будет именно «акцентуация черт характера». Если эти черты переходят в ненасытную жажду внимания, эгоизм, конфликтность, мешают построению рабочих и личных отношений, ведут к развитию зависимостей и депрессии, то можно предполагать наличие психопатии.

*Психопатия — чрезмерная выраженность личностных черт, выходящая на степень патологии (болезни) при отсутствии психотических симптомов, признаков психического заболевания. При психопатии обязательны нарушения адаптации в среде, социального функционирования, межличностных отношений и эмоционального фона в виде нестабильности, лабильности, неадекватности. Традиционно занимает промежуточное положение между легкими невротическими нарушениями и тяжелыми психическими заболеваниями.*

В отношении психических нарушений термин «пограничный» впервые появился у американских психоаналитиков в 30-х годах прошлого столетия. Начиная от Фрейда, спектр психических расстройств разделялся на две группы по степени тяжести — нарушения психотического уровня и невротического. Невротический уровень представлял легкую степень нарушений, психотический — тяжелую. Последователями психоанализа было замечено, что ряд заболеваний нельзя отнести ни к уровню тяжелой патологии, ни к легкой. Так, в работах авторов разных направлений психоанализа стали появляться представления о некоторых состояниях, относимых к «пограничным». Пограничный уровень рассматривали не как отдельное расстройство личности, а как промежуточное состояние между невротическим и психотическим уровнем тяжести психических нарушений.

В классификации заболеваний пограничные расстройства изначально вошли все-таки как психопатии. Дело в том, что диагнозы в медицине устанавливаются по строго определенным стандартам, которые регламентируются и структурируются специальными классификаторами. Первой классификацией болезней принято считать «Перечень причин медицинских состояний, повлекших летальный исход», который появился в Европе в середине XIX века. Большинство стран мира договорились о том, что периодически этот перечень будет пересматриваться в соответствии с современными достижениями медицинской науки. В середине XX века, при шестом пересмотре, классификация стала включать все известные болезни, а не только причины смерти. За перечнем закрепилось название «Международная классификация болезней» (сокращенно МКБ). В Соединенных Штатах Америки были приняты свои классификации заболеваний, имеющие ряд особенностей. Одной из важных функций классификаций является



не только четкое формулирование диагноза, но и разработка единых стандартов лечения заболеваний.

*«Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» (англ. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) — документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. Периодически пересматривается под руководством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов к пониманию заболеваний и формулировке их диагнозов в разных странах.*

С 1994 года в мире используется МКБ десятого пересмотра. В настоящее время во многих странах уже совершен переход на МКБ-11. Переход на диагностику в связи с новым пересмотром МКБ в каждой стране имеет свои особенности и занимает несколько лет. В России он ожидается в течение 2023 года. Формулирование диагнозов по новой МКБ означает трансформацию понимания многих психических расстройств и изменение значения многих терминов. Так, в МКБ десятого пересмотра термин «психопатия» полностью заменен на «расстройство личности». Слово «психопат» практически ушло из употребления в медицинской сфере.

В глазах современников пограничное расстройство личности уже выглядит как список определенных проблем, которые описаны в качестве критериев в МКБ-11, и проблемы у одного человека могут быть совершенно различными, то есть перечень жалоб пациента может не ограничиваться одним списком проблем (одним расстройством личности). У одного и того же человека могут быть проблемы из списка «обсессивно-компульсивного расстройства», «пограничного расстройства личности» и парочка из списка проблем «нарциссического расстройства личности», например.

**Уход от фиксации на диагнозе в сторону решения проблем пациента – это огромный шаг в мире психиатрии и психотерапии, который сделан 11-м пересмотром МКБ.**

В Соединенных Штатах используется собственная классификация психических болезней — «Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям», обозначаемое как DSM. Она разрабатывается и публикуется Американской психиатрической ассоциацией с 1952 года. Элементы данной «номенклатуры психических заболеваний», ее диагностические критерии часто используются в других странах для описания состояния и дополнительной диагностики. И в 2013 году было принято самое актуальное на данный момент — пятое издание (DSM-5).

В классификациях болезней понятие «пограничное расстройство» впервые появилось именно в DSM-3 и в DSM-4. Оно не имело статуса самостоятельного заболевания, а указывало на степень тяжести психического нарушения, занимая промежуточную позицию между невротическим регистром (более легким) и психотическим (более тяжелым). В МКБ-10 пограничное расстройство тоже не выделено отдельно, а является подтипом эмоционально неустойчивого расстройства личности.

*Эмоционально неустойчивое расстройство личности — (F60.3) — расстройство личности, характеризующееся определенной склонностью к импульсивным действиям без учета последствий. Настроение непредсказуемо и капризно. Имеются склонность к вспышкам эмоций и неспособность контролировать взрывное поведение. Отмечаются сварливость и конфликтность с окружающими, особенно тогда, когда импульсивные поступки пресекаются и критикуются. Можно выделить два типа расстройства: импульсивный тип, характеризующийся преимущественно эмоциональной нестабильностью и недостатком эмоционального контроля, и пограничный тип, для которого дополнительно характерны расстройство самовосприятия, целей и внутренних устремлений, хроническое ощущение пустоты, напряженные и нестабильные межличностные отношения и тенденция к саморазрушающему поведению, включая суицидальные жесты и попытки (МКБ-10).*

По-настоящему самостоятельной нозологической единицей (отдельным заболеванием) пограничное расстройство становится в МКБ-11 и в DSM-5, то есть в последних пересмотрах классификаций заболеваний.

Теперь в понимании «пограничности» интересно сочетаются и показатель уровня тяжести психического расстройства, и определенный комплекс черт

характера и свойств личности. Уровень тяжести остается промежуточным между легкой и тяжелой степенью нарушений. Получается, что в последних классификациях болезней отмечается тенденция к слиянию клинического и психоаналитического подходов в понимании пограничной личности. Осмысление такого сочетания дается непросто даже специалистам. Хотя тенденция абсолютно верная, ведущая к развитию более полного понимания состояния «пограничности» в отношении личности человека.

Пограничным расстройством личности страдают от 1,4 до 6 % всего населения планеты. В разных источниках приводится разное соотношение страдающих мужчин и женщин. По некоторым данным, у женщин ПРЛ отмечается в три раза чаще. По другим — женщины просто чаще обращаются за помощью, а мужчины более склонны отрицать наличие психологических проблем. Запросом при обращении к врачу часто являются нарушения межличностных отношений, проявления депрессии и тревожности у женщин, злоупотребления и зависимости у мужчин.

*Частота пограничного личностного расстройства, по данным Р. Шварца, составляет от 0,2 до 1,8 % в популяции.*

*По мнению Дж. Крейсмана и Х. Страуса, пограничное личностное расстройство обнаруживается у 2–4 % населения [54].*

*В общей популяции ПРЛ встречается у 2,7–5,9 % населения [9].*

Клиническое понимание всё же выделяет пограничное расстройство в отдельное заболевание. Психоаналитическая концепция более широко трактует пограничный уровень организации, относя к пограничным более разнообразные проявления личности. Как видим, между «пограничным расстройством личности» и «пограничным уровнем организации личности» обнаруживается много общего.

Г Л А В А 1

**ГРАНИ  
«ПОГРАНИЧНОСТИ»**



## Портрет личности «на грани»

С одной стороны, расстройство личности — это нозологическая единица из классификации заболеваний. С другой — расстройством личности нельзя заболеть в полном смысле этого слова. Пограничное расстройство, как бы мы его ни понимали, — это определенная структура, можно сказать, матрица личности, которая остается с человеком на всю жизнь. Как невозможно избавиться от собственной личности, которая сформировалась, так невозможно избавиться от ее пограничного расстройства.

Еще важный нюанс. Грань между нормой и патологией в диагностике «пограничности» очень тонкая. Отдельные диагностические симптомы могут встречаться у любого человека и проявляться в разные периоды его жизни. Только у пограничной личности они будут оказывать глобальное влияние на жизнь человека и, по сути, контролировать ее.

За любой классификацией заболеваний стоят живые люди. Читая сухие психиатрические термины, сложно представить живого человека, подходящего под их описание. В реальном человеке с ПРЛ все 9 групп критериев диагностики оказываются замысловато переплетенными и вытекающими друг из друга. Пограничная личность многообразна в своих проявлениях, и характер одного страдающего ПРЛ может довольно сильно отличаться от другого. Можно выучить наизусть все критерии диагностики, но так и не научиться отличать людей с пограничным уровнем организации личности от других. Можно не помнить точные критерии, но четко понимать, когда имеешь дело с пограничной личностью. Попробуем разобраться, что же представляет собой «психологический портрет» пограничной личности.

Есть предположения, что многие известные люди, а также персонажи литературы и кино представляют образец пограничного расстройства. К ним относят Мэрилин Монро, принцессу Диану, писателей Томаса Вульфа и Эрнеста Хемингуэя, многих звезд и артистов, великих диктаторов и политиков. Что же им свойственно?

# Содержание

<b>У «пограничности» есть своя история</b> (Синолицая Е. Г.) .....	3
<b>Глава 1. Грани «пограничности»</b> .....	13
Портрет личности «на грани» (Синолицая Е. Г.) .....	15
Виды пограничного расстройства личности (ПРЛ) (Веселова Е. Ю.) .....	23
Отношения без отношений (Синолицая Е. Г.) .....	27
Психотерапевтические отношения «на грани» (Синолицая Е. Г.) .....	36
Боль в облегчение. Эндогенная опиоидная система (Веселова Е. Ю.) .....	41
«Нарциссы» и «пограничники» (Веселова Е. Ю.) .....	46
Варианты течения расстройства и прогнозы (Синолицая Е. Г.) .....	51
<b>Глава 2. Откуда берется ПРЛ</b> (Веселова Е. Ю., Синолицая Е. Г.) .....	55
<b>Глава 3. Проблема диагностики ПРЛ</b> .....	65
Диагностика «на грани» (Веселова Е. Ю., Синолицая Е. Г.) .....	67
Дифференциальная диагностика (Синолицая Е. Г.) .....	74
Отличие пограничного расстройства от депрессии (Синолицая Е. Г.) .....	76
Отличие пограничного расстройства от биполярного (Синолицая Е. Г.) .....	77
<b>Глава 4. Травма — норма нашего мира</b> (Веселова Е. Ю.) .....	81
<b>Глава 5. Ранняя травма. Комплексное посттравматическое     стрессовое расстройство (КПТСР)</b> (Веселова Е. Ю.) .....	99
Преимственность травмы .....	101
Лечение ранней травмы .....	111

---

<b>Глава 6. Медикаментозное лечение</b> ( <i>Синолицкая Е. Г.</i> ).....	119
Лечение «на грани» .....	121
Мифы о медикаментозном лечении .....	128
<b>Глава 7. Рисование и мозг</b> ( <i>Калинченко А. Б.</i> ).....	139
<b>Глава 8. Арт-терапия</b> ( <i>Веселова Е. Ю.</i> ) .....	147
Как <i>art</i> стал терапией .....	149
Музыкотерапия .....	158
Телесно ориентированная арт-терапия .....	160
Глинотерапия .....	164
Эко-арт-терапия .....	167
<b>Глава 9. Искусствотерапия</b> ( <i>Калинченко А. Б.</i> ) .....	173
Искусство — способ познания мира в себе и себя в мире .....	175
Развитие творческих навыков и способностей .....	181
Художник внутри тебя — это всегда здоровая часть личности.....	184
Самостоятельная практика искусствотерапии .....	199
<b>Глава 10. Йоготерапия</b> ( <i>Тофан А. В.</i> ) .....	203
<b>Глава 11. Остеопатическое лечение при ПРЛ</b> .....	221
Вступление, или Кто меня заставил усомниться, что я точно доктор ( <i>Сергеев А. А.</i> ) .....	223
Что такое остеопатия ( <i>Цивинский А. Д.</i> ) .....	227
Подходы и разделы в остеопатии ( <i>Цивинский А. Д.</i> ).....	234
Мифы об остеопатии ( <i>Цивинский А. Д.</i> ).....	237
Дисбаланс тела при ПРЛ ( <i>Цивинский А. Д.</i> ).....	243
Травма глазами остеопата ( <i>Цивинский А. Д.</i> ).....	245
Ответственность в остеопатическом лечении ( <i>Цивинский А. Д.</i> ).....	249
Техники саморегуляции ( <i>Цивинский А. Д.</i> ).....	250



---

<b>Секрет лондонских таксистов</b> ( <i>Веселова Е. Ю.</i> ).....	253
<b>Благодарности</b> .....	255
<b>Библиография</b> .....	259