

Особые соображения, касающиеся работы с пограничным расстройством личности

Схема-терапия пользуется широким признанием (которое зиждется на результатах многочисленных исследований) как метод лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ). Люди, страдающие этим расстройством, испытывают проблемы с волатильностью в широком диапазоне. Эта волатильность, или нестабильность касается их эмоций, межличностных отношений, представлений о самих себе, а также их способности регулировать свое собственное поведение. Это ведет к проявлениям сильного гнева, необычайной импульсивности и жизни, для которой характерны частые кризисы, в том числе суицидальные попытки и членовредительство. Такие люди часто испытывают сильную эмоциональную боль, причем эмоциональная боль нередко становится также неотъемлемой частью жизни близких им людей.

Считается, что ПРЛ возникает в результате взаимодействия темпераментальных уязвимостей и травмирующего (или по крайней мере презирующего их) окружения в раннем возрасте. Биологическим фактором, обуславливающим ПРЛ, по-видимому, является неустойчивый и эмоциональный темперамент, который проявляется в младенчестве и детстве в виде беспокойного поведения (ребенка очень трудно успокоить). Обычно ПРЛ вызывает непрочность привязанностей (или по крайней мере идет рука об руку с этим). Однако это может быть результатом воздействия факторов окружения/семьи. Схема-терапия (например,

[Young et al., 2003]) идентифицирует четыре таких фактора, типичных для ранних экспириенсов взрослых, у которых развивается ПРЛ: нестабильность и отсутствие безопасности; эмоциональная депривация; пунитивное и отвергающее отношение родителей к ребенку; и/или порабощающая домашняя среда, в которой потребности детей считаются вторичными по сравнению с потребностями родителей.

Многие годы диагноз ПРЛ у клиента считался для клиницистов предупреждающим знаком: “осторожно, трудный или даже неизлечимый клиент”. Однако за два прошлых десятилетия появились обнадеживающие новости, свидетельствующие о более глубоком понимании самого этого недуга, наряду с эффективными способами его лечения. Он был концептуализирован как расстройство, связанное с дерегуляцией эмоций [Linehan, 1993], с негативными и дисфункциональными базовыми представлениями [Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002], с недоразвитыми объектными отношениями [Kernberg, 1976], и с дезорганизованными привязанностями, обуславливающими неспособность к ментализации [Bateman & Fonagy, 2004]. Каждый из этих подходов приводил к моделям лечения, многообещающим по своим результатам.

Важно отметить, что эти концептуализации вовсе необязательно являются взаимоисключающими. Напротив, это сложное расстройство с его многочисленными когнитивными, аффективными, поведенческими и межличностными симптомами буквально вызывает об интегративном подходе к лечению — подходе, который принимает во внимание как уже имеющиеся симптомы, так и прошлое клиента. Схема-терапия предлагает именно такой интегративный подход и использует в явном виде когнитивные, аффективные, поведенческие и межличностные инструменты (см. главы 20–23). Понятие режимов схемы (см. главы 8–13) было введено в схема-терапию именно для того, чтобы лучше уяснить и устранить важнейший симптом ПРЛ — нестабильность.

Применение модели схема-терапии к ПРЛ

Хотя у клиентов с ПРЛ встречаются многие из ранних дезадаптивных схем (или даже большинство их), понятие хронических, первазивных

схем оставляет необъясненным ключевой симптом — нестабильность. Это было главным побудительным мотивом для разработки концепции режимов. Режимы — это временные, изменчивые состояния, которые включают четко выраженные настроения, мотивации, воспоминания, образы и мысли. Как известно клиницистам, знакомым с этим расстройством, люди с ПРЛ зачастую резко переключаются из одного режима в другой, переходя из одного крайнего эмоционального и мотивационного состояния в другое, также крайнее: от гнева, направленного на других, к ненависти к самому себе; от идеализации к полному пренебрежению; от сильных чувств к онемению чувств и пустоте. При схема-терапии мы наблюдаем эти колебания как переходы между относительно постоянной совокупностью режимов схем, описанной ниже.

Режимами схем, которые в наибольшей степени проявляются при ПРЛ, являются отстраненный защитник (уникальная форма избегающего дезадаптивного копингового режима); покинутый/обиженный ребенок (также уникальная форма режима уязвимого ребенка); режим сердитого/импульсивного ребенка, режим пунитивного родителя и режим здорового взрослого (зачастую существенно ослабленный или даже совершенно незаметный).

Уязвимость клиентов с ПРЛ кроется в их режиме покинутого/обиженного ребенка. Этот режим содержит воспоминания, чувства, ощущения и мысли клиента, которые он испытывал в детском возрасте, во время, когда абьюз, инвалидация, дурное обращение или покинутость оказывались у него наиболее ярко выраженными. Пребывая в режиме покинутого/обиженного ребенка, клиенту кажется, что ему что-то или кто-то угрожает, что он в чем-то сильно нуждается, его ничто не способно утешить; в таком режиме человек может разговаривать и вести себя, как маленький ребенок. Чтобы помочь нашим взрослым клиентам лучше уяснить этот режим и помочь им как можно сильнее симпатизировать этому обиженному ребенку, заключенному в них самих, мы часто обозначаем этот режим как “Маленький(-ая) [имя клиента]”; например, если мы имеем дело с клиентом по имени Каролина, мы называем этот режим Маленькой Каролиной.

При ПРЛ неприкрытая, ярко выраженная уязвимость встречается редко. Напротив, когда текущие события (во время терапии или в несессионное время) запускают схемы клиента, он очень часто “переключается” в режим сердитого/импульсивного ребенка. Например, когда партнер Каролины оскорбляет ее, ей оказывается очень нелегко напрямую выразить свой дистресс и уязвимость. Вместо этого Каролина может сильно расстроиться или разозлиться; такой режим мы можем обозначить как “Сердитая Каролина”. Этот режим коренится в ранних (детских) попытках клиента ответить на несправедливое, инвалидирующее обращение с собой. Зачастую именно посредством таких гневных или импульсивных вспышек клиент пытался (в детском возрасте), хотя бы частично, защититься от дистресса, виктимизации или инвалидации, которые сопутствовали ему в детском возрасте. Логика, руководящая этим режимом, конечно же, порочна: вместо того чтобы приносить пользу в долгосрочной перспективе, импульсивные или агрессивные действия этого режима могут лишь усугублять и без того плохие ситуации. Но холодная логика является не самой сильной стороной этого режима.

Временами эти гневные или импульсивные вспышки активизируют у клиента режим пунитивного родителя: интернализированный голос жесткой, пунитивной, инвалидирующей фигуры — обычно кого-либо из родителей, — поведение которого в отношении клиента в детском возрасте однозначно воспринимается как источник оскорблений и уязвимости. Пребывая в этом режиме, клиенты зачастую принимают пренебрежительный тон в отношении себя (и иногда в отношении других, в том числе и терапевта). Вместо того чтобы проявлять сострадание или сочувствие к своим собственным трудностям, они проявляют пренебрежение, нетерпимость к себе или обвиняют себя во всех смертных грехах. Важно отметить, что этот режим (подобно людям, поведение которых он моделирует) не бережет свою пунитивность для гневных или импульсивных вспышек клиента. Напротив, практически любое поведение — но особенно проявления детской уязвимости — вызывает жесткий ответ. Подчеркнем: этот режим сильно затрудняет доступ к уязвимой стороне клиента или поддержание какого-либо контакта с ней.

Наконец, вопреки широко распространенному мнению о ПРЛ-клиентах как постоянно эмоциональных людях, мы пришли к выводу, что преобладающим режимом в повседневной жизни ПРЛ-клиентов является режим отстраненного защитника. Пребывая в этом режиме, клиент кажется внешне спокойным и полностью контролирующим свои действия, хотя на самом деле такой человек постоянно пытается приглушить все свои чувства и эмоциональные потребности. Отстраненный защитник, как следует из самого названия этого режима, пытается защитить и дистанцировать своего носителя от чувств страха, уязвимости, отвержения и ущербности (режим покинутого/обиженного ребенка), избежать самокритичного и жесткого голоса (режим пунитивного родителя) и сдерживать вспышки гнева (режим сердитого/импульсивного ребенка). Правило, которое руководит отстраненным защитником, звучит так: “Лучше, если ты не будешь испытывать никаких чувств”. Чтобы следовать этому правилу, отстраненный защитник использует все виды стратегий когнитивного или поведенческого избегания, в том числе социальное дистанцирование (т.е. отталкивание людей), ментальную диссоциацию, употребление наркотиков и членовредительство (как попытку замаскировать эмоциональную боль физической болью).

Лечение ПРЛ с помощью схема-терапии

Общая цель при лечении клиентов с ПРЛ заключается в том, чтобы усилить у клиента практически отсутствующий у него режим здорового взрослого, чтобы режим здорового взрослого мог позаботиться о покинутом/обиженном ребенке, посочувствовать — но ограничить — сердитого/импульсивного ребенка, и противодействовать голосу пунитивного родителя. Но для начала терапевт должен уговорить клиента, чтобы тот разрешил режиму отстраненного защитника “отойти в сторону”, место которого займет терапевт (а впоследствии — собственный режим здорового взрослого клиента). Сделать это бывает очень нелегко: стратегии отстраненного защитника зачастую рассматриваются клиентами как единственный способ обезопасить себя и обеспечить свою выживаемость. Препятствие, создаваемое отстраненным защитником,

и сложность терапии в целом обуславливают как большую продолжительность, так и более высокую интенсивность терапии в случае ПРЛ: как правило, терапевт встречается с клиентом дважды в неделю, а терапия обычно занимает 2-3 года или даже больше (хотя первые положительные результаты начинают проявляться уже в течение первого года).

Схема-терапия клиентов, страдающих ПРЛ, проходит через три основные стадии. На первой стадии терапевт выстраивает отношения доверия и взаимопонимания (что необходимо для ограниченного замещающего родительства), пытается обойти стороной режим отстраненного защитника и становится для клиента главным источником заботы и внимания. На второй фазе цель терапии заключается в изменении режимов схем: продолжении замены отстраненного защитника здоровым взрослым, избавлении от пунитивного родителя, наложении ограничений на сердитого/импульсивного ребенка, а также заботе и поддержке покинутого/обиженного ребенка. Эта стадия является, в каком-то смысле, сердцевиной терапии. После нее наступает очередь третьей и последней стадии, которая заключается в выработке автономии. На этой стадии положительные результаты терапии обобщаются, в частности посредством практических поведенческих шагов, а также посредством постепенного “отлучения” клиента от терапии.

Эти стадии и цели осуществляются теми же методами, которые описаны в этой книге — разница заключается лишь в большей их интенсивности и продолжительности применения. Клиенты с ПРЛ зачастую уже имеют опыт неудачного обращения к терапии. Разумеется, эти клиенты испытывают разную степень доверия к тем, кто пытается помочь им. По вполне объективным причинам они более требовательны (т.е. больше нуждаются в помощи), чем “среднестатистический” клиент. Таким образом, проведение схема-терапии с такими клиентами сталкивается с уникальными вызовами, которые перечислены ниже.

- а) **Склонность к суициду и членовредительству.** Клиенты с ПРЛ зачастую бывают импульсивны и склонны к членовредительству; не столь часто (впрочем, не так уж редко) они пытаются совершить (или даже совершают) самоубийство. Когда схема-терапевт

сталкивается с таким поведением клиента, он может: 1) увеличить частоту встреч с клиентом и при каждом контакте оценивать склонность клиента к самоубийству; 2) получить разрешение на контакты со значимыми другими и вовлечь их в терапевтический процесс; и 3) обсудить или организовать дополнительные лечебные мероприятия (медикаментозное лечение, госпитализация или консультация у кого-либо из коллег).

- б) **Поступки, препятствующие проведению терапии, или поступки, которые посягают на права терапевта.** К этой категории относятся такие поступки, как “прогулы” или перерывы в терапии, пренебрежение ограничениями, налагаемыми терапевтом, а также нежелание исполнять ключевые соглашения терапии (например, обязательство контактировать с терапевтом до, а не после того, как клиент начнет готовиться к совершению самоубийства). В таких случаях схема-терапевты следуют таким рекомендациям. 1) Во-первых, ограничения пересматриваются совместно с клиентом в доверительной манере (например, “Я тревожусь за вас, и поэтому вы должны поступать так-то и так-то”), а не в подчеркнутый официальной манере (например, “В нашей клинике предусмотрена особая политика, касающаяся отсутствия клиентов на сессиях без уважительных причин”). 2) Эти ограничения должны устанавливаться при первом же случае недопустимого поведения, чтобы они не выглядели как произвольные или пунитивные. 3) Терапевт указывает естественные последствия нарушения этих ограничений (например, сокращение количества или продолжительности телефонных звонков, которые терапевт готов принимать от клиента в промежутках между сессиями). 4) Если “проблематичное” поведение повторяется, терапевт высказывает свое категорическое неодобрение и принимает обещанные меры в отношении клиента, а также указывает дальнейшие последствия, которые наступят в случае дальнейшего повторения “проблематичного” поведения. С каждым очередным нарушением эти последствия должны быть все более серьезными и, в зависимости от серьезности

“проблематичного” поведения, могут в конечном счете повлечь временное или даже полное прекращение терапии.

- в) **Агрессивное поведение в отношении терапевта.** В двух типичных режимах (сердитый/импульсивный ребенок и пунитивный родитель) от клиента с ПРЛ вполне можно ожидать вспышек гнева. Первая задача терапевта заключается в том, чтобы определить, насколько оправданным является побуждение, вызвавшее вспышку гнева, и если оно представляется оправданным, валидировать его. В большинстве случаев терапевту рекомендуется придерживаться такой последовательности действий: 1) предоставить возможность клиенту сполна выразить свой гнев; 2) посочувствовать неудовлетворенной потребности, которая лежит в основе гнева клиента; 3) вовлечь клиента в тестирование реальности; и 4) отрететировать уместную в этом случае ассертивность.
- г) **Ошибочное принятие отстраненного защитника за здорового взрослого.** Типичная проблема при лечении в основном хорошо функционирующих клиентов заключается в том, что терапевт ошибочно воспринимает слова и поступки клиента, кажущиеся рациональными, как такие, которые отражают действие режима здорового взрослого, а не режима отстраненного защитника. Чтобы отличить одно от другого, нужно, разумеется, определить, испытывает ли клиент какой-либо аффект; если не испытывает, то, по-видимому, клиент пребывает в режиме отстраненного защитника.
- д) **Оценивание/концептуализация.** Поскольку клиенты с ПРЛ подтвердят большинство пунктов опросника Young Schema Questionnaire (или, может, даже все его пункты), на ранних стадиях терапии мы зачастую воздерживаемся от использования этого инструмента (а также других анкет самоотчета). Инкрементальная информация, получаемая из них, минимальна, тогда как возможные расхождения между результатами заполнения анкеты и последующими выводами терапевта могут силь-

но расстроить клиента. К тому же, терапия с такими клиентами в большей степени фокусируется на режимах, и в меньшей степени на схемах как таковых.

- (е) **Преждевременное начало экспериенциальной работы (например, имагинации).** Использование экспериенциальных техник для совладания с травмирующими воспоминаниями является важной частью схема-терапии в случае ПРЛ. Однако из-за повышенной уязвимости покинутого/обиженного ребенка подготовка к имагинации или другим экспериенциальным интервенциям должна проводиться с особой осторожностью. Прежде чем приступать к их проведению, мы настоятельно рекомендуем перечитать соответствующие главы у Янга и др. [Young et al., 2003]. Мы также рекомендуем ознакомиться с небольшой книгой Арнтца и ван Гендерен [Arntz & van Genderen, 2009], посвященной исключительно схема-терапии ПРЛ. (Имеется перевод этой книги на русский язык: Арно Арнтц и Хэнни ван Гендерен, *Схема-терапия пограничного расстройства личности*, 2021 г., изд. “Диалектика”.)

Эффективность схема-терапии ПРЛ: результаты исследований

Начиная с 2005 г. было выполнено три исследования эффективности схема-терапии ПРЛ. В ходе самого крупного из них, рандомизированного контролируемого испытания (РКИ) [Giesen-Bloo et al., 2006], эффективность схема-терапии сравнивалась с эффективностью другого проверенного способа лечения ПРЛ: психотерапии, сфокусированной на переносе (ПСП), разработанной Кернбергом и его коллегами [Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999]. Восемидесяти восьми клиентам с ПРЛ был рандомно назначен один из двух способов лечения, причем оба они предусматривали еженедельное проведение двух 50-минутных амбулаторных сессий, а общая продолжительность лечения составляла 3 года. Анализ выполнялся на первом и третьем годах лечения.

У клиентов обеих групп наблюдалось улучшение конструкторов личности, но схема-терапия оказалась лучше по всем итоговым показателям, включая процент выздоровевших клиентов (45,5% при схема-терапии против 23,8% при ПСП) и/или устойчивое изменение симптомов ПРЛ, оцениваемое независимыми интервьюерами (65,9% против 42,9%, соответственно). Аналогичные результаты были получены при самооценке качества жизни и психопатологии. Важно отметить (учитывая вопрос удержания клиентов, обсуждавшийся ранее), что процент отказов от продолжения лечения оказался существенно выше для ПСП (50%), чем для схема-терапии (25%). Среди тех, кто отказался от продолжения лечения, клиенты, проходившие курс схема-терапии, успели посетить в среднем 98 сессий (что близко к одному году) против 34 сессий (примерно 4 месяца) в случае клиентов, проходивших курс ПСП.

Второе исследование [Farrell, Shaw, & Webber, 2009] рандомизировало 32 сильно симптоматических клиентов между обычным индивидуальным лечением (ОИЛ) и ОИЛ, дополненным восьмью месяцами еженедельной групповой схема-терапии. Группа схема-терапии фокусировалась главным образом на создании прочного терапевтического альянса, воспитании валидирования, эмоциональной осведомленности, способности переносить дистресс и изменении схем. Исследование выявило значительное улучшение пограничных симптомов (оцениваемое как самими клиентами, так и клиницистами) ($d = 2,48$ и $4,29$, соответственно), а также общей симптоматики и глобального функционирования ($d = 0,72$ и $1,80$, соответственно). Соответствующие результирующие показатели в группе ОИЛ были незначительными ($0,09$; $0,49$; $\pm 0,25$ и $0,14$). Важно отметить, что последующее 6-месячное сопровождение клиентов показало, что в группе схема-терапии достигнутые результаты со временем лишь укрепились, чего нельзя сказать о контрольной группе. Например, за время сопровождения критериям ПРЛ удовлетворяли 0% группы схема-терапии и целые 83% контрольной группы.

Третье исследование [Nordahl & Nysaeter, 2005] продемонстрировало эффективность схема-терапии, используя дизайн с серией из отдельных кейсов. Шесть женщин с ПРЛ оценивались на базовом уровне в трех

случаях на протяжении 10 недель и не продемонстрировали какого-либо симптоматического улучшения. Затем они приступили к индивидуальной схема-терапии, в рамках которой на протяжении 16–36 месяцев проводились еженедельные сессии. Оценка достигнутых результатов проводилась после 20 и 40 сессий, по завершении курса схема-терапии, а также в ходе последующего сопровождения клиентов, выполнявшегося 12–16 месяцев. К моменту начала сопровождения 3 из 6 клиентов уже не соответствовали критериям ПРЛ, но у всех шести клиентов наблюдалось улучшение симптомов ($d = 1,8$). Никто из них не пытался совершить самоубийство, и лишь у одного из шести клиентов склонность к членовредительству оставалась неизменной.