

## Джин Шук: «Пациенты с пограничным расстройством личности больше не относятся к числу безнадежных, как было принято считать раньше»

Интервью с Джин Шук (Jean Shook) – преподавателем кафедры психиатрии, руководителем отделения диалектической терапии психиатрической поликлиники Медицинского университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк (Сиракузы, США).

– Джин, каковы основные клинические проявления пограничного расстройства личности?

– Первазивный паттерн нестабильных межличностных отношений, нестабильность собственного имиджа и аффекта, выраженная импульсивность, присутствующая в множественных контекстах, составляют клиническую сущность пограничного расстройства личности. Для диагностики данного заболевания необходимо наличие у пациента пяти симптомов из девяти нижеприведенных.

1. Желание избежать вероятности быть брошенным.
2. Паттерн нестабильных и напряженных взаимоотношений с окружающими и близкими людьми, характеризующийся сменой полярных экстримов, таких как идеализация и обесценивание.
3. Нарушение восприятия собственной личности: значительная и хроническая нестабильность собственной индивидуальности и оценки собственного имиджа.
4. Саморазрушительный паттерн поведения с беспорядочными сексуальными связями, употреблением наркотиков, рискованным вождением машины, расстройствами питания по типу импульсивного переедания.
5. Повторное суицидальное и самоповреждающее поведение, многочисленные попытки и угрозы суицидов.
6. Аффективная нестабильность из-за значительной реактивной лабильности настроения.
7. Хроническое ощущение пустоты.
8. Неприемлемая, интенсивная злость и трудности контроля агрессивных эмоций.
9. Транзиторные, связанные со стрессом параноидные мысли или тяжелые диссоциативные симптомы.

Больные, страдающие пограничным расстройством личности, не в состоянии регулировать аффект и поведение, они обладают повышенной импульсивностью, категорически полярным «черно-белым» мышлением и восприятием окружающей действительности, приводящими к хаотичности жизни. Многие люди с пограничным нарушением личности имеют биологическую предрасположенность к этому заболеванию, но формирование его в большей степени связано с влиянием дисфункциональной семьи и окружающей среды. У большинства пациентов можно описать индивидуальные истории психологических травм, вызванных эмоциональными, физическими и сексуальными издевательствами.

Марша Линехан, создавшая диалектическую поведенческую терапию (ДПТ) в 90-х гг. XX ст., считает, что такие индивидуумы рождены эмоционально чувствительными, слишком быстро реагируют на эмоции, их эмоции более интенсивны, и им требуется больше времени, чтобы успокоиться. Такая биологическая предрасположенность в сочетании с неблагоприятными условиями среды способствует формированию пограничного расстройства личности.

– То есть, при наличии благоприятной среды проживания и поддержке можно избежать развития пограничного расстройства личности? Каким образом?

– Скорее всего, пациенты, у которых сформировалось пограничное расстройство личности, в детском возрасте не имели возможности обучиться навыкам регуляции эмоциональной лабильности и сенситивности. Ведь в мире много эмоционально сенситивных людей, но у значительной их части в детстве были родители, которые могли их поддержать, поэтому они смогли научиться, как бороться с эмоциональным стрессом и модулировать свои эмоции.

Приведу один из примеров того, как родители не оказывают надлежащей поддержки ребенку. Ребенок пришел расстроенный, так как его дразнили в школе, он плачет. Родители говорят: хватит быть плаксой, нюней, это смешно. Ребенок думает, что родители не переживают за него, он испытывает чувство обиды и злости. Так дети получают неправильную информацию от взрослых, перестают доверять собственным чувствам, себе в частности. Получив такой опыт, они не умеют регулировать свои эмоции. Родители, поддерживающие своего ребенка, учат его говорить о переживаниях и чувствах: «это так обидно и досадно, когда тебя дразнят», «как думаешь, что можешь сделать в такой ситуации?», «можешь ли ты сказать учителю?», «есть ли в школе ребята, с кем бы хотел подружиться?» и т. д. Именно так происходит обучение на-выкам регуляции эмоций и проблемно-решающего поведения в ситуации фрустрации. Таким образом ребенок учится находить свое место в обществе ровесников.

– Некоторые специалисты настаивают на патогенетической близости пограничного расстройства личности и шизофрении. Часто у таких пациентов определяют признаки латентной или резидуальной шизофрении. Что вы можете сказать по этому поводу?

– Я даже не могла предположить, что пациентов с пограничным расстройством личности могут называть латентными шизофрениками. Диагноз шизофрении включает в себя позитивные симптомы, такие как галлюцинации и бред, у людей с пограничным расстройством личности их нет. У таких пациентов нет и негативных симптомов, среди которых уплощение аффекта, трудности построения взаимоотношений с другими людьми, характерных для шизофрении. Больные пограничным расстройством личности стремятся к установлению позитивных отношений, социальной жизни, но они не могут поддерживать конструктивные длительные взаимоотношения. Лица, страдающие шизофренией, не испытывают потребности в эмоциональной синтонности, близости с людьми, тогда как пациенты с пограничным расстройством личности в значительной степени нуждаются в общении. Диагностические критерии пограничного расстройства личности содержат микropsихотические проявления, которые транзиторны и, как правило, развиваются при стрессе. Больные могут жаловаться на то, что «слышат голоса», но они отличаются от слуховых галлюцинаций при шизофрении. Такие «голоса» хорошо описаны в учебниках, они зачастую зависят от настроения, имеют негативную, самоосуждающую направленность. Еще одной особенностью является то, что лица с пограничным расстройством личности постоянно стремятся в общество, ищут отношений, но не умеют их строить и поддерживать, в отличие от больных шизофренией, которые комфортно чувствуют себя в одиночестве. Пациенты с пограничным нарушением личности могут иметь параноидные включения, но, опять-таки, отсутствует ощущение их странности и вычурности. Их параноидность направлена на взаимоотношения с другими людьми и обществом.

Для купирования таких проявлений для стабилизации настроения при микropsихотических эпизодах иногда используются небольшие дозы атипичных антипсихотиков. Однако сразу отмечу, что фармакологические методы лечения являются вспомогательными, основной должна быть психотерапия.

– Одной из частых причин такого расстройства является сексуальная травма, перенесенная в детском возрасте. Как такая травма влияет на развитие пограничного расстройства личности?

– В моей практике 85-90% женщин с пограничным расстройством личности подвергались сексуальному насилию в детском и подростковом возрасте, что, безусловно, способствует развитию данного заболевания.

Рассмотрим несколько аспектов. Сексуальный контакт при насилии в детском возрасте происходит, как правило, с людьми, которых дети очень хорошо знают, слушаются, доверяют им, дорожат отношениями с ними, хотя бы им понравиться, например, с отцом, отчимом, братом, дядей, соседом, учителем, тренером и т. д. Когда сексуальное домогательство или контакт имеют место, ребенок понимает, что случилось что-то неправильное, оно болезненно как психологически, так и физиологически. Но этот хорошо знакомый ему человек говорит, что произошедшее – это нормально, что так люди показывают любовь друг к другу, и ребенок хорошо делает, доказывая таким образом свою любовь. Совершивший сексуальное насилие взрослый может запретить ребенку рассказывать о случившемся родителям, пригрозив сделать что-то плохое с ним, его семьей и т. д. Также он может сказать: «тебе никто не поверит», «ты сама этого хочешь», «ты ведешь себя сексуально», «я вижу, что тебе это нравится», «ты сама виновата, ты очень красивая» и пр. Внутренние проживания ребенка полностью игнорируются и отвергаются взрослым, происходит диссонанс между тем, что ребенок чувствует, и тем, что взрослый говорит. И поскольку дети научены тому, что старших надо слушаться и старшим надо верить, они перестают доверять своим чувствам, теряют свое «я».

Такие дети разъединяют свои чувства и ощущения с когнитивным значением происходящего, учатся диссоциировать. Диссоциация является защитным механизмом и затем часто используется во взрослом возрасте при стрессовых ситуациях или сексуальном опыте. Дети обучаются не доверять своим чувствам, мгновенно подстраиваться под настроение окружающих и реагируют в соответствии с ожиданиями взрослых. Со временем дети начинают думать, что доверять взрослым нельзя, потому что они могут сексуально домогаться или эмоционально издеваться над ними, либо игнорируют потребности детей, не проявляют необходимой заботы.

К сожалению, чаще всего, когда родители узнают о сексуальном домогательстве, они в это не верят и отрицают услышанное, обвиняя ребенка во лжи. Это, в свою очередь, наносит ему дополнительную травму.

Если ребенок говорит, что у него был сексуальный контакт, это почти всегда правда. Насколько катастрофической ни была бы такая новость, семья должна поверить ребенку, разделить его переживания и обеспечить безопасность.

Следует отметить, что дети, подвергшиеся сексуальному насилию, совсем не обязательно приобретут расстройство такого типа. Одна из целей лечения заключается в том, чтобы помочь тем, кто пережил травму, поделиться своими переживаниями, негативными эмоциями, справиться с чувством вины.

После того как пациенты понимают, что не несут ответственность за то, что случилось, происходит повторное переживание травматического опыта, постепенно он становится частью их истории, их прошлым и более не несет интенсивной эмоциональной нагрузки. Таким людям необходимо помогать жить настоящим, научить их не заикливаться на прошлом, которое уже нельзя изменить, и на переживаниях и волнении о будущем, которое невозможно предсказать. Это очень важно, поскольку поможет в дальнейшем избежать таких нежелательных последствий, как суицид.

### **– Насколько часто лица с пограничным расстройством личности совершают суицид, и как этого избежать? Каковы юридические аспекты ведения таких пациентов?**

– Импульсивное суицидальное поведение – одно из типичных проявлений пограничного расстройства личности, оно включено в перечень его диагностических критериев. Частота совершения суицидальных попыток самоповреждающего поведения у таких пациентов всегда высока, что является причиной частых и длительных госпитализаций.

Многие из моих пациентов на самом деле не хотят себя убить, но вовлечены в хроническое импульсивное саморазрушающее поведение, часто приводящее к случайному суициду. Речь идет о поведении, включающем совершение демонстративных кожных порезов, нанесение на кожу ожогов с помощью спичек, сигарет и зажигалок, передозировку медикаментов.

Правовые аспекты работы с лицами, страдающими пограничным расстройством личности, такие же, как и при всех других психических заболеваниях. Главное – четко следовать стандартам

лечения и правильно вести документацию. По определению, пациенты с пограничным нарушением личности импульсивные, и их терапия, среди прочего, направлена на приобретение навыков по регуляции импульсивного поведения. Обучение таким навыкам позволяет обеспечить безопасность больных. Доктор, проводя терапию, всегда записывает, какие знания по предупреждению парасуицидального поведения приобрел пациент. И если этот больной совершил суицид, но у терапевта все задокументировано – о том, что проводилась еженедельная оценка риска суицидального поведения, был выработан план действий на случай кризиса, который он обсуждал с клиентом, у него не будет юридических проблем.

К сожалению, мы не можем со стопроцентной вероятностью предотвратить суицидальное и парасуицидальное поведение, в конце концов, пациент сам контролирует свою жизнь. Поэтому важно не только предоставить стандартную помощь такому больному, но и правильно ее задокументировать.

**– Расскажите, пожалуйста, о коморбидных состояниях при пограничном расстройстве личности.**

– Как правило, пациентам с такими нарушениями выставляются диагнозы нескольких коморбидных расстройств. У них могут быть диагностированы депрессивное, тревожное, посттравматическое стрессовое расстройства, нарушения питания, наркологические зависимости. Из-за частых смен настроения и раздражительности у больных часто ошибочно диагностируется биполярное расстройство II типа. Мы учим своих резидентов различать биполярное и пограничное расстройства личности. Почти 80% пациентам с пограничным расстройством личности был ошибочно поставлен диагноз биполярного аффективного расстройства и назначено соответствующее лечение. Однако при беседе с лицами, страдающими пограничным расстройством личности, можно обнаружить, что цикличность их настроения всегда зависит от ситуации. Они, как правило, описывают интенсивные эмоциональные взрывы как ответы на повторяющиеся, нередко по несколько раз в день, фрустрирующие ситуации. Эти колебания настроения не являются быстрой цикличностью биполярного расстройства, у таких больных нет грандиозности, быстрого течения мыслей, их полета, они могут плохо спать, но при этом испытывают усталость и потребность во сне, в отличие от лиц с биполярным аффективным расстройством, у которых потребность во сне снижается.

**– Каков дальнейший прогноз для таких пациентов? Как можно повысить их социальную адаптацию?**

– В настоящее время прогноз для пограничного нарушения личности в США достаточно благоприятен, что связано с развитием специальной терапии для таких пациентов. Одной из методик является ДПТ, которая посвящена обучению навыкам регуляции аффекта и импульсивного поведения, а также продуктивному функционированию в обществе. Позитивные результаты демонстрирует и методика деконструктивной динамической терапии доктора Роберта Грегори, разработанная в начале 2000-х гг. В Канаде три года назад была создана методика интенсивной индивидуальной психотерапии, комбинируемой с еженедельными группами поддержки, в которых используются техники, предложенные доктором Грегори.

У пациентов, прошедших курс ДПТ, значительно реже отмечается самоповреждающее и парасуицидальное поведение, уменьшается количество госпитализаций и дней, проведенных в клинике. По окончании годичной терапии большинство наших пациентов чувствуют себя значительно лучше и приобретают устойчивые навыки поведения в ситуациях фрустрации. Пациенты с пограничным расстройством личности больше не относятся к числу безнадежных, как было принято считать раньше.

**– Джин, расскажите подробнее о ДПТ. Как организована эта форма психотерапии в Вашей клинике?**

– Как отмечалось ранее, ДПТ разработана Маршей Линехан в 90-х гг. «Диалектическая» означает «оппозиционная», на разных концах спектра. Марша, начав работать с молодыми

женщинами, которые занимались самоистязанием и самоповреждением, обнаружила, что большинство из них страдают пограничным расстройством личности.

Доктор Линехан считает, что боль нельзя предотвратить, а страдания – можно. Страдания возникают тогда, когда мы пытаемся отрицать боль. ДПТ помогает приобрести навыки, позволяющие преодолеть боль, которая всегда есть в нашей жизни. Однако люди не должны годами проходить терапию для преодоления таких проблем, достаточно приобрести навыки того, как вести себя в подобных ситуациях, и использовать их в дальнейшем. Мы не можем изменить прошлое, но мы можем изменить отношение к нему и наше поведение в будущем. Мы можем выработать новый паттерн поведения и использовать его для того, чтобы справиться со стрессовой ситуацией в следующий раз.

ДПТ направлено на приобретение навыков регулирования эмоций и включает в себя три компонента: индивидуальную терапию, группу навыков и телефонный тренинг.

Во время индивидуальной терапии по методике ДПТ мы помогаем своим пациентам осознать, что с ними происходит в момент кризиса, следим за процессом формирования их эмоций и мышления, составляем функциональный анализ поведения. Обязательным является выполнение домашнего задания, включающего в себя ежедневное заполнение специального дневника, куда наши больные заносят свои импульсивные желания, направленные на самоповреждение, желание использовать наркотические вещества или передозировать таблетки, использовать легкодоступные аптечные средства и т. д. Пациенты также отмечают в дневнике действия в ответ на фрустрирующие события. Далее ежедневно мониторируется количество и интенсивность негативных и позитивных эмоций. Также мы смотрим, использовали ли пациенты навыки в каждом конкретном кризисном случае, если да, то какие, были ли они эффективны или нет, если да, то насколько и в какой ситуации. Со временем полученные навыки становятся неотъемлемой частью поведения наших больных, и они начинают пользоваться ими автоматически. Таким образом, ведение дневника выполняет несколько функций.

Индивидуальная терапия, как правило, длится 2-3 года. Период между сессиями постепенно увеличивается. С самого начала терапии пациент знает, что она когда-нибудь закончится, и конечно, плохие вещи будут случаться в жизни, но теперь он будет знать, как их преодолевать.

Наряду с индивидуальной терапией наши пациенты посещают группу навыков ДПТ, разделенную на 4 модуля.

Первый модуль называется mindfulness (состояние осознания или медитации). Мы обучаем пациентов идентифицировать состояния своего мышления. Существует три возможных состояния: сбалансированное (wise mind), эмоциональное (emotional mind) и логическое (reasonable mind). В сбалансированном состоянии больные могут принимать сбалансированное решение. В эмоциональном состоянии пациенты описывают себя как торнадо и ураган, когда эмоции захлестывают душу. В логическом состоянии человек напоминает холодного расчетливого злого робота. С помощью осознания пациенты могут определить, в каком состоянии они находятся, могут ли они контролировать его, какие эмоции испытывают, какой они интенсивности, ощущают ли они бурю эмоций или наоборот, отключили все и используют только логику. Осознание – один из самых важных навыков в ДПТ, это умение ощутить и описать все, что с вами происходит в данный момент, без оценки. В дальнейшем навык осознания помогает пациенту определить, какая эмоция им владеет в настоящее время и какой навык он может применить.

Второй модуль называется интерперсональной эффективностью. Навыки этого модуля позволяют увеличить возможность получения желаемого в конструктивном виде, сохраняя ценности и отношения, и как принимать тот факт, что иногда мы не можем изменить ситуацию и добиться желаемого. Мы помогаем нашим пациентам увидеть варианты ответов, учим их отвечать и принимать «да» и «нет», просим фиксировать интенсивность эмоций, сопровождающих эти ответы и т. д. Иногда наши больные впервые сталкиваются с опытом, когда они могут сказать «нет» кому-то и при этом сохранить взаимоотношения. Например, как родители мы иногда

говорим «нет» нашим детям, когда их желания превосходят наши возможности, и при этом сохраняем хорошие отношения. Это один из самых тяжелых модулей, поскольку лицам с пограничным расстройством личности тяжело приобрести такие навыки, обучиться балансу, как эффективно говорить «нет», спрашивать, просить, настаивать и пр.

Следующий модуль посвящен регулированию эмоций. Это самый тяжелый модуль для преподавания. Для эмоционально сенситивных людей тяжело начинать смотреть на эмоции с когнитивной точки зрения. Мы учим пациента идентифицировать эмоцию и определять, какую функцию она обеспечивает. Например, когда человек чувствует себя тоскливо, он уединяется. Функция грусти и тоски заключается в том, что у человека есть потребность, чтобы его кто-то пожалел, обеспечил ему комфортные условия. В такой ситуации нужно не прятаться от людей, а общаться с ними, или делать то, что приносит удовольствие.

Последний модуль направлен на выработку навыков толерантности к стрессу. Этим навыкам пациенты обучаются быстро и больше всего любят их использовать. Мы учим, как человек может перенести ситуацию, если не может ее изменить.

Группы обучения рассчитаны на 6 месяцев, и все больные проходят обучение дважды, иногда трижды, то есть в течение 12-18 месяцев. По окончании пациенты получают диплом.

В случае кризиса больные могут обратиться к терапевту за экстренной помощью. Это называется телефонный тренинг. В ситуации кризиса пациент имеет возможность позвонить терапевту в нерабочее время, он должен помочь ему выбрать наиболее эффективный навык для данной ситуации. Обычно больным ставится условие не звонить после десяти вечера и ранее семи утра, а также звонить не чаще, чем два раза в неделю, иначе терапевт не будет эмоционально доступен для больного. Такой телефонный разговор может длиться не более 10 минут, и речь идет только о навыках. Я спрашиваю, какие навыки пациент уже использовал, и какие еще может применить? Все наши больные знают, что существует несколько телефонных линий поддержки, которые работают 24 часа ежедневно. Пациент в любое время суток может позвонить на горячую линию, но не мне, и обсудить свои суицидальные мысли или кризисную ситуацию. Больные всегда могут прийти за помощью в больницу скорой помощи в период кризиса.

Я знаю, что для многих молодых терапевтов, работающих по модели ДПТ, телефонный тренинг является самой трудной частью, так как существует опасение, что пациенты будут звонить постоянно, и вы будете часами проводить терапию по телефону в нерабочее время. Это не так. Необходимо заранее оговорить с больным цели телефонного тренинга, правила и лимиты для данной практики. Пациенты придерживаются правил, в результате я получаю всего 1-2 звонка в неделю, в основном в начале терапии.

**– Всегда ли достаточно использование лишь психотерапевтических методик? Применяете ли Вы фармакологические препараты?**

– Конечно, не во всех случаях можно ограничиться исключительно психотерапевтическими вмешательствами. Фармакологическое лечение является вспомогательным, но в ряде случаев очень важным для достижения конечного позитивного результата. Чаще оно используется для купирования коморбидных симптомов и расстройств. Мы назначаем стандартные препараты для лечения депрессии и тревоги, но не бензодиазепины, поскольку наши больные импульсивны и могут передозировать данные средства, отравиться или принять гораздо больше, чем прописано, не с суицидальной целью, а для облегчения своего состояния. Кроме того, многие пациенты с пограничным расстройством личности страдают наркотической зависимостью, а бензодиазепины могут ее усугубить. Кроме того, эти препараты снижают когнитивное функционирование, что затрудняет терапевтический процесс.

Для лечения депрессий и тревоги мы также широко используем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), бупропион и т. д. Трициклические антидепрессанты не назначаются, потому что больные с импульсивным поведением могут допустить передозировку с суицидальной целью. Иногда мы применяем маленькие дозы атипичных антипсихотиков

для устранения лабильности настроения и раздражительности. С этой же целью используются тимостабилизаторы – соли вальпроевой кислоты, карбамазепин. Часто ко мне обращаются больные с давно установленным диагнозом биполярного расстройства, которые принимали в течение своей жизни всевозможные комбинации препаратов, но без особого улучшения. Как правило, сначала проводится тщательная диагностика, и если устанавливается диагноз пограничного расстройства личности, отменяется большинство психотропных средств и назначается лечение по модели ДПТ.

**– Существуют ли особенности течения пограничных расстройств личности, диагностики и терапии у подростков?**

– Ранее считалось, что диагностировать любое пограничное расстройство личности до 18 лет невозможно. В настоящее время мы начали ставить такой диагноз в подростковом возрасте. На нашей кафедре разработана и проводится специальная модификация ДПТ для подростков и их родителей. Критерии постановки диагноза у подростков такие же, как и у взрослых.

При работе с подростками необходимо помнить, что вы имеете дело с детьми, которые живут в состоянии постоянного стресса и незащищенности. Они, как правило, импульсивны, характеризуются высоким уровнем агрессии, направленной как на себя, так и на окружающих. Такие подростки отличаются проблемным поведением в школе, являются центром сплетен и конфликтов. Часто они наносят на свое тело татуировки, увлекаются пирсингом. Характерны конфликты в семье, с родителями и сиблингами. Почти все дети, страдающие пограничным расстройством личности, известные мне, живут в условиях эмоционального, физического издевательства, часто являются жертвами сексуального насилия. Очень часто мои пациенты рассказывают о том, какими ужасными были их детство и подростковые годы, насколько их родители не могли обеспечить поддержку, защиту, постоянство и предсказуемость.

При терапии подростков мы стараемся, чтобы родители приобрели навыки, позволяющие эффективно помогать своим детям. В нашей клинике групповое занятие проводится в течение двух часов еженедельно и включает в себя терапию как родителей, так и детей. Групповые занятия обычно проходят вместе с котерапевтом.

Цель ДПТ у подростков и их родителей – помочь им приобрести навыки по регуляции настроения, импульсивного поведения, научить их разрешать конфликты и предотвратить формирование пограничного расстройства личности во взрослом возрасте.

*Подготовила Марина Нестеренко*