

**Руководство
по психодинамической
диагностике**

второе
издание

PDM-2

ТОМ I

Под редакцией

**Витторио Линджарди
Нэнси Мак-Вильямс**

УДК 615.851

ББК 53.57

Л 59

Л 59 Руководство по психодинамической диагностике. Второе издание. PDM-2. Том 1 / Под ред. В. Линдхарди, Н. Мак-Вильямс / Пер. с англ. О. Перфильевой, Н. Сабуровой, В. Снигура. — М.: Независимая фирма «Класс», 2019. — 792 с.

ISBN 978-5-86375-249-5

ISBN 978-5-86375-250-1 (том 1)

ISBN 9781462530557 (США)

Данное диагностическое руководство, основанное на психодинамических клинических моделях и теориях и ориентированное на составление клинической формулировки случая и планирование лечения, предлагает практикующим специалистам эмпирически обоснованную и клинически подтвержденную альтернативу таким картам личности, как «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (DSM) и «Международная классификация болезней» (МКБ).

Диагностическая модель PDM-2 призвана дать систематическое описание здорового функционирования и расстройств личности; индивидуальных профилей психического функционирования (включая паттерны отношений с другими людьми, понимание и выражение чувств, преодоление стресса и тревоги, регулирование импульсов, наблюдение за собственными эмоциями и поведением и формирование моральных суждений и др.); а также симптомных паттернов, включая различия в субъективных переживаниях симптомов каждым человеком и в субъективных переживаниях лечащих терапевтов.

В книге дается развернутое описание проблем функционирования личности и психологических проблем младенческого, детского, молодого, зрелого, пожилого и старческого возрастов, приводится множество примеров из практики.

Руководство адресовано специалистам как психодинамического, так и других подходов, включая когнитивно-поведенческий, эмоционально-фокусированный, системный семейный, гуманистический и др. Одной из основных задач авторов книги является помощь начинающим терапевтам.

ISBN 978-5-86375-249-5

ISBN 978-5-86375-250-1 (том 1)

ISBN 9781462530557 (США)

Copyright © 2017 Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders —
Psychodynamic Diagnostic Manual

*Посвящается памяти
Сидни Дж. Блатта,
Стенли Гринспена,
Роберта С. Валлерштайна*

О редакторах



Витторио Линджарди — доктор медицины, профессор динамической психологии и бывший руководитель (2006–2013) программы специализации по клинической психологии на кафедре динамической и клинической психологии факультета медицины и психологии римского университета Сапиенца в Италии. Он занимается исследованиями в области диагностики и лечения личностных расстройств, исследованиями психоаналитического и психотерапевтического процессов и их результатов, а также исследованиями в сфере идентичности и сексуальной ориентации. Он является автором множества публикаций на данные темы, включая статьи в таких изданиях, как *The American Journal of Psychiatry*, *Contemporary Psychoanalysis*, *The International Journal of Psychoanalysis*, *Psychoanalytic Dialogues*, *Psychoanalytic Psychology*, *Psychotherapy*, *Psychotherapy Research* и *World Psychiatry*. Доктор Линджарди был удостоен премии Ральфа Рафтона за лучшую статью от Американской психоаналитической ассоциации. С 2013 по 2016 год он был членом технического комитета при министерстве образования, университетов и научных исследований Италии по отбору учебных программ для частных учебных заведений, преподающих психотерапию.

Нэнси Мак-Вильямс — доктор философии, обладатель сертификата Американского совета по профессиональной психологии (ABPP), преподаватель Высшей школы прикладной и профессиональной психологии при Рутгерском университете (Нью-Джерси), имеет частную практику в Флемингтоне (Нью-Джерси). Она является членом редакционного совета журнала *Psychoanalytic Psychology* и автором трех классических книг по психотерапии, включая отмеченную наградами «Психоаналитическую диагностику: Понимание структуры личности в клиническом процессе» (второе издание). Доктор Мак-Вильямс является почетным членом Американской психоаналитической ассоциации и бывшим сотрудником Института Эриксона в центре «Остин Риггс» в Стокбридже (Массачусетс). Она была удостоена наград 39-го подразделения (психоанализ) Американской психологической ассоциации (APA) за

организаторские способности и научный вклад. Также ей была вручена награда Ганса Г. Страппа от Аппалачского психоаналитического общества. Нэнси Мак-Вильямс была выбрана для чтения ежегодной лекции им. доктора Розали Вайс от 42-го подразделения (психологи в независимой практике) Американской психологической ассоциации (АРА). Она продемонстрировала психодинамическую психотерапию в трех учебных видеороликах АРА и выступила на церемонии открытия Медицинской школы Йельского университета и Школы социальной работы колледжа Смита.

Редакторы глав

Роберт Ф. Борнштайн, доктор философии, Институт современных психологических исследований им. Дернера, университет Адельфи, Гарден-Сити, Нью-Йорк.

Франко Дель Корно, магистр философии, доктор психологии, президент итальянского подразделения Общества психотерапевтических исследований, Италия.

Франческо Гадзилло, доктор философии, кафедра динамической и клинической психологии факультета медицины и психологии римского университета Сапиенца в Италии, Рим, Италия.

Роберт М. Гордон, доктор философии, обладатель сертификата Американского совета по профессиональной психологии (АВРР), Институт повышения квалификации психологов, Аллентаун, Пенсильвания.

Витторио Линдзарди, доктор медицины, кафедра динамической и клинической психологии факультета медицины и психологии римского университета Сапиенца в Италии, Рим, Италия.

Норка Малберг, доктор психологии, Центр исследований детства при Йельском университете, Нью-Хейвен, Коннектикут.

Йоханна С. Мэлоун, доктор философии, отделение психиатрии Массачусетской больницы общего профиля и Гарвардской медицинской школы, Кембридж, Массачусетс.

Линда Мэйс, доктор медицины, Центр исследований детства при Йельском университете и деканат, Йельская школа медицины, Нью-Хейвен, Коннектикут.

Нэнси Мак-Вильямс, доктор философии, Высшая школа прикладной и профессиональной психологии при Рутгерском университете, Пискатауэй, Нью-Джерси.

Ник Миджли, доктор философии, Научно-исследовательский отдел клинического образования и психологии здоровья, Университетский колледж Лондона, Лондон, Великобритания.

Эмануэла Мундо, доктор медицины, Программа ординатуры по клинической психологии, факультет медицины и психологии римского университета Сапиенца в Италии, Рим, Италия.

Джон Эллисон О'Нил, доктор медицины, кафедра психиатрии, Университет Макгилла и Госпиталь Св. Марии, Монреаль, Квебек, Канада.

Даниэл Плоткин, доктор медицины, кафедра психиатрии и биобихевиоральных наук, Медицинская школа Дэвида Геффена, Калифорнийский университет в Лос-Анджелесе, Лос-Анджелес, Калифорния.

Ларри Розенберг, доктор философии, Центр помощи детям Южного Коннектикута, Стэмфорд, Коннектикут.

Джонатан Шедлер, доктор философии, Медицинская школа Университета Колорадо, Денвер, Колорадо.

Анна Мария Сперанца, доктор философии, кафедра динамической и клинической психологии факультета медицины и психологии римского университета Сапиенца в Италии, Рим, Италия.

Марио Сперанца, доктор медицины, доктор философии, кафедра психиатрии, Версальская больница общего профиля и факультет медицины и медицинских наук, Версальский университет Сен-Кантен-ан-Ивелин, Версаль, Франция.

Шервуд Уолдрон, доктор медицины, Консорциум психоаналитических исследований, Нью-Йорк, штат Нью-Йорк.

Консультанты

Консультанты, являющиеся также редакторами глав, упомянуты в разделе «Редакторы глав».

Allan Abbass, MD, Halifax, Nova Scotia, Canada

John S. Auerbach, PhD, Gainesville, Florida

Fabia E. Banella, MA, Rome, Italy

Tessa Baradon, MA, London, United Kingdom

Jacques Barber, PhD, Garden City, New York

Kenneth Barish, PhD, Hartsdale, New York

Thomas Barrett, PhD, Chlcago, Illinois

Mark Blais, PsyD, Boston, Massachusetts

Corinne Blanchet-Collet, MD, Paris, France

Anthony Bram, PhD, ABAP,

Lexington, Massachusetts

Line Brotnow, MSc, Paris, France

Emanuela Brusadelli, PhD, Mllan, Italy

Giuseppe Cafforio, DPsych, Aosta, Italy

Mark Carter, MA, MSc, London, United Kingdom

Irene Chatoor, MD, Washington, D.C.

Richard Chefetz, MD, Washington, D.C.

Manfred Cierpka, MD, Heidelberg, Germany

John F. Clarkin, PhD, White Plains, New York

Antonello Colli, PhD, Urbino, Italy

Christine A. Courtois, PhD, Washington, D.C.

Jacques Dayan, MD, PhD, Rennes, France

Martin Debbané, PhD, Geneva, Switzerland

Ferhan Dereboy, MD, Aydin, Turkey

Kathryn DeWitt, PhD, Stanford, California

Diana Diamond, PhD, New York, New York

Jack Drescher, MD, New York, New York

Karin Ensink, PhD, Québec City, Québec,
Canada

Janet Etzi, PsyD, Philadelphia, Pennsylvania

Giovanni Foresti, MD, PhD, Pavla, Italy

Sara Francavilla, DPsych, Milan, Italy

Glen O. Gabbard, MD, Houston, Texas

Michael Garrett, MD, Brooklyn, New York

Federica Genova, PhD, Rome, Italy

Carol George, PhD, Oakland, California

William H. Gottdiener, PhD,

New York, New York

Brin Grenyer, PhD, Sydney, Australia

Salvatore Gullo, PhD, Rome, Italy

George Halasz, MS, MRCPsych,

Melbourne, Australia

Consultants

Consultants xi

Nakia Hamlett, PhD, New Haven, Connecticut

Alexandra Harrison, MD,

Cambridge, Massachusetts

Mark J. Hilsenroth, PhD, Garden City, New York

Leon Hoffman, MD, New York, New York

Per Høglend, MD, Oslo, Norway

Steven K. Huprich, PhD, Wichita, Kansas
Marvin Hurvich, PhD, New York, New York
Lawrence Josephs, PhD, Garden City, New York
Horst Kächele, MD, PhD, Berlin, Germany
Richard Kluff, MD, Bala Cynwyd, Pennsylvania
Guenther Klug, MD, Munich, Germany
Brian Koehler, PhD, New York, New York
Melinda Kulish, PhD, Boston, Massachusetts
Jonathan Lachal, MD, PhD, Paris, France
Michael J. Lambert, PhD, Provo, Utah
Douglas W. Lane, PhD, Seattle, Washington
Alessandra Lemma, MA, MPhil, DCLinPsych,
London, United Kingdom
Howard Lerner, PhD, Ann Arbor, Michigan
Marianne Leuzinger-Bohleber, PhD,
Frankfurt, Germany
Karin Lindqvist, MSc, Stockholm, Sweden
Henriette Loeffler-Stastka, MD, Vienna, Austria
Loredana Lucarelli, PhD, Cagliari, Italy
Patrick Luyten, PhD, Brussels, Belgium
Eirini Lympinaki, MSc, Athens, Greece
Janet A. Madigan, MD, New Haven, Connecticut
Sandra Maestro, MD, Pisa, Italy
Steven Marans, PhD, New Haven, Connecticut
Matthias Michal, MD, Mainz, Germany
Robert Michels, MD, Ithaca, New York
Hun Millard, MD, New Haven, Connecticut
Kevin Moore, PsyD, Philadelphia, Pennsylvania
Seymour Moscovitz, PhD, New York, New York
Filippo Muratori, MD, Pisa, Italy
Laura Muzi, PhD, Rome, Italy
Ronald Naso, PhD, Stamford, Connecticut
John C. Norcross, PhD,
Clarks Summit, Pennsylvania
Massimiliano Orri, PhD, Paris, France
J. Christopher Perry, MPH, MD, Montréal,
Québec, Canada
Humberto Persano, MD, PhD,
Buenos Aires, Argentina

Eleonora Piacentini, PhD, Rome, Italy
Piero Porcelli, PhD, Castellana Grotte (Bari), Italy
John H. Porcerelli, PhD,
Bloomfield Hills, Michigan
Timothy Rice, MD, New York, New York
Judith Rosenberger, PhD, LCSW,
New York, New York
Babak Roshanaei-Moghaddam, MD,
Tehran, Iran
Jeremy D. Safran, PhD, New York, New York
Ionas Sapountzis, PhD, Garden City, New York
Lea Setton, PhD, Panama City, Panama
Golan Shahar, PhD, Beersheba, Israel
Theodore Shapiro, MD, New York, New York
Caleb Siefert, PhD, Dearborn, Michigan
George Silberschatz, PhD,
San Francisco, California
Gabrielle H. Silver, MD, New York, New York
Steven Spitz, PhD, New York, New York
Miriam Steele, PhD, New York, New York
Michelle Stein, PhD, Boston, Massachusetts
Matthew Steinfeld, PhD, New Haven,
Connecticut
William Stiles, PhD, Miami, Ohio
Danijela Stojanac, MD, New Haven, Connecticut
John Stokes, PhD, New York, New York
Annette Streeck-Fischer, MD, PhD,
Berlin, Germany
Karl Stukenberg, PhD, Cincinnati, Ohio
Guido Taldelli, MD, Milan, Italy
Annalisa Tanzilii, PhD, Rome, Italy
Pratyusha Tummala-Narra, PhD,
Boston, Massachusetts
Kirkland Vaughans, PhD, Garden City,
New York
Fred Volkmar, MD, New Haven, Connecticut
Charles H. Zeanah, MD, New Orleans, Louisiana
Alessandro Zennaro, PhD, Turin, Italy
Alessia Zoppi, PhD, Urbino, Italy

Почетный научный комитет PDM-2

John S. Auerbach, PhD

Anthony W. Bateman, MA, FRCPsych

Sidney J. Blatt, PhD (deceased)

Eve Caligor, MD

Richard A. Chefetz, MD

Marco Chiesa, MD, FRCPsych

John F. Clarkin, PhD

Reiner W. Dahlbender, MD

Jared DeFife, PhD

Diana Diamond, PhD

Jack Drescher, MD

Peter Fonagy, PhD, FBA

Glen O. Gabbard, MD

John G. Gunderson, MD

Mark J. Hilsenroth, PhD

Mardi J. Horowitz, MD

Steven K. Huprich, PhD

Elliot L. Jurist, PhD

Horst Kächele, MD, PhD

Otto F. Kernberg, MD

Alessandra Lemma, MA, MPhil,
DClinPsych

Marianne Leuzinger-Bohleber, PhD

Henriette Loeffler-Stastka, MD

Karlen Lyons-Ruth, PhD

Patrick Luyten, PhD

William A. MacGillivray, PhD

Robert Michels, MD

Joseph Palombo, MA

J. Christopher Perry, MPH, MD

John H. Porcerelli, PhD

Jeremy D. Safran, PhD

Allan N. Schore, PhD

Arietta Slade, PhD

Mary Target, PhD

Robert J. Waldinger, MD

Robert S. Wallerstein, MD (deceased)

Drew Westen, PhD

Спонсоры PDM-2

American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry

American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work

American Psychoanalytic Association

Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

Confederation of Independent Psychoanalytic Societies

Division of Psychoanalysis (39), American Psychological Association

International Association for Relational Psychoanalysis & Psychotherapy

International Psychoanalytical Association

International Society of Adolescent Psychiatry and Psychology

Italian Group for the Advancement of Psychodynamic Diagnosis

Благодарности



Редакторы выражают благодарность Институту Эриксона в центре Austen Riggs в Стокбридже (Массачусетс) за поддержку Нэнси Мак-Вильямс на заключительных этапах редактирования данного руководства. Они также благодарят Мари Спрейберри и Лауру Спехт-Патчкофски из Guilford Press за их выдающуюся работу в качестве редактора текста и редактора по производству соответственно.

Введение



Витторио Линджарди, MD

Нэнси Мак-Вильямс, PhD

Первое издание «Руководства по психодинамической диагностике» (PDM; PDM Task Force, 2006) увидело свет в эпоху критических изменений в области психиатрической нозологии. Начало данной эпохи было ознаменовано выпуском третьего издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), отражающего переход от психоаналитически ориентированной, многомерной, логически обусловленной диагностической системы к «неокрепелиновской», описательной, симптом-ориентированной многоосевой классификации, идентифицирующей конкретные психические расстройства по наличию или отсутствию определенных критериев.

Данные изменения были произведены намеренно, отчасти для того, чтобы устранить психоаналитический уклон из руководства в связи с появлением других теоретических направлений (например, поведенческого, когнитивного, семейного системного, гуманистического и биологического). Помимо этого изменения должны были облегчить проведение некоторых видов исследований результативности: специалистам с небольшим клиническим опытом проще идентифицировать отдельные признаки, в то время как предыдущие классификации (DSM-I и DSM-II) требовали значительной клинической подготовки для диагностирования синдромов дедуктивным методом. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) продолжило «неокрепелиновское» направление, доработанное и расширенное в DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Каждое последующее издание содержало все больше расстройств.

В то же время психодинамическое сообщество должно было предложить что-то тем из своих членов, которые сомневаются в полезности любой диагностической системы и ценят качественные методологии и клинические отчеты выше количественных исследований. Представление о том, что все аналитики обесце-

нивают как диагностику, так и систематические исследования, отвернуло многих от психоаналитической теории и ее применения на практике по причине предполагаемого отсутствия эмпирических данных. Одной из целей первого издания PDM было привлечь внимание к тому, что в основе психоаналитических концепций и подходов лежат тщательные исследования¹.

На PDM-2, как и на его предшественника, сильное влияние оказали эффективность и клиническая полезность таких психодинамических диагностических описаний, как *Невротические стили* Шапиро (Shapiro, 1965), модель объектных отношений при патологии личности Кернберга (Kernberg, 1984), вклад Мак-Вильямс в диагностику и формулирование случая (например, McWilliams, 2011a) и работы многих других психоаналитических исследователей. Как и в первом издании, мы предлагаем диагностическую основу, охватывающую полный спектр функционирования человека — глубину и поверхность эмоциональных, когнитивных, межличностных и социальных паттернов. Мы стараемся содействовать интеграции между номотетическим пониманием и идиографическими знаниями, необходимыми для формулирования случаев и планирования лечения, принимая во внимание как индивидуальные вариации, так и общие черты. Мы надеемся, что такой подход будет способствовать повышению качества диагностики и лечения психических проблем, а также позволит лучше понять развитие и функционирование психики.

Данная диагностическая модель призвана дать систематическое описание здорового функционирования и расстройств личности; индивидуальных профилей психического функционирования (включая, например, паттерны отношений с другими людьми, понимание и выражение чувств, преодоление стресса и тревоги, регулирование импульсов, наблюдение за собственными эмоциями и поведением и формирование моральных суждений), а также симптоматических паттернов, включая различия в субъективных переживаниях симптомов каждым человеком и в субъективных переживаниях лечащих терапевтов.

Несмотря на преимущества систем DSM и *Международной классификации болезней* (МКБ), зачастую их классификации не отвечают потребностям клиницистов. PDM-2 предлагает такой взгляд на симптоматические паттерны, описанные в существующих таксономиях, который позволит клиницистам

Напряжение между теми, кто ориентирован на исследования, и некоторыми представителями психоаналитического сообщества сохранилось и после публикации первого издания PDM. В 2009 году Ирвин Хоффман подверг критике PDM, заявив, что «привилегированный статус», предоставляемый систематическим эмпирическим исследованиям психоаналитического процесса и результата, является «необоснованным эпистемологически» и «потенциально вредным» и что практически любое использование категоризации по отношению к пациентам является «иссушением» человеческого опыта. Хоффман счел, что PDM только на словах демонстрирует «гуманистическое, экзистенциальное уважение к уникальности и безграничной сложности любого человека» (с. 1060). В ответ Игл и Волитски (Eagle and Wolitzky, 2011) возразили, что человеческий опыт не «высыхает» оттого, что исследователи рассматривают его через диагностическую линзу и пытаются его измерить; они предположили, что конструктивный способ преодолеть разрыв между наукой и аналитической работой — это делать более качественные, более творческие и более экологически валидные исследования. Их позицию разделяют авторы этого Справочника и некоторые другие психодинамически ориентированные авторы, участвующие в данной дискуссии (см. различные точки зрения в Aron, 2012; Fonagy, 2013; Hoffman, 2012a, 2012b; Lingiardi, Holmqvist & Safran, 2016; Safran, 2012; Vivona, 2012).

описывать и классифицировать личностные паттерны, сопутствующие социальные и эмоциональные способности, уникальные психические профили и субъективное переживание симптомов. Фокусируясь на всем спектре психических функций, PDM-2 стремится быть «таксономией людей», а не «таксономией расстройств», что подчеркивает важность рассмотрения того, каков человек, а не того, какие у него симптомы. Наша способность сократить разрыв между диагностическим процессом и психическим заболеванием во всей его сложности, а также разрыв между наукой и практикой зависит от общения и сотрудничества исследователей и клиницистов. Поэтому PDM-2 опирается как на клинические знания, так и на исследования терапевтического процесса и результата, а также на прочие эмпирические исследования.

Быстрое развитие нейробиологии будет полезно при условии нашего понимания основных паттернов психического здоровья и патологии, а также понимания функциональной природы расстройств. Точное описание этих паттернов в конечном счете позволит лучше понять этиологию. Исследования в сфере развития мозга показывают, что паттерны эмоционального, социального и поведенческого функционирования задействуют множество зон, которые работают совместно, а не изолированно, что обязательно сказывается на клинико-психологических моделях расстройств и психотерапевтических изменений (Buchheim et al., 2012; Kandel, 1999; Schore, 2014). Результаты исследований показывают, что необходимо учитывать всю сложность эмоциональных и социальных паттернов. Многие исследователи (например, Nøglend, 2014; Norcross 2011; Wampold & Imel, 2015) пришли к выводу, что характер терапевтических отношений, который отражает взаимосвязанные аспекты психики и мозга, функционирующие совместно в межличностном контексте, прогнозирует результат более надежно, чем конкретный терапевтический подход или метод.

Вестен, Новотный и Томпсон-Бреннер (Westen, Novotny and Thompson-Brenner, 2004) обнаружили, что лечение, сосредоточенное на изолированных симптомах или поведении (а не на личности, эмоциональных темах и межличностных паттернах), неэффективно даже в плане достижения узко определенных изменений. За последние годы было разработано несколько надежных методов выявления сложных паттернов личности, эмоций и межличностных процессов — активных ингредиентов терапевтических отношений. Помимо прочих к ним можно отнести Диагностическую процедуру Шедлера — Вестена (Shedler–Westen Assessment Procedure, SWAP-200, Westen & Shedler, 1999a, 1999b; SWAP-II, Westen, Waller, Shedler & Blagov, 2014), к которой мы многократно обращаемся; Структурированное интервью организации личности (Structured Interview of Personality Organization, S'IPO), созданное под руководством Кернберга (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2004); Систему операционализированной психодинамической диагностики (Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) system, OPD Task Force, 2008; Zimmermann et al., 2012) и Модель анаклитической и интроективной личностной конфигурации Блатта (Blatt's (2008) model of anaclitic and introjective personality configurations).

Две актуальные темы — это круг проблем, для которых подходят психодинамические подходы, и эффективность краткосрочной и долгосрочной психоди-

намической психотерапии (Abbass, Town & Driessen, 2012; Levy, Ablon & Kächele 2012; Norcross & Wampold, 2011). Согласно ряду недавних исследований (например, de Maat et al., 2013; Fonagy, 2015; Leichsenring, Leweke, Klein & Steinert, 2015) некоторые психодинамические терапевтические подходы демонстрируют большую эффективность по сравнению с краткосрочными мануализированными формами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), и достигнутые изменения сохраняются после окончания терапии (Shedler, 2010). Помимо облегчения симптомов психодинамическая терапия способна улучшить общее эмоциональное и социальное функционирование.

PDM-2, как и его предшественник, является плодом совместной работы различных организаций психоаналитически ориентированных специалистов. Над каждой главой работали два-три редактора и несколько консультантов (клиницистов и/или исследователей с опытом работы по данной теме). Задача редакторов заключалась в планировании и написании соответствующих глав, координации и интеграции текстов, документов, критических замечаний и других материалов, предоставленных консультантами, с учетом общих принципов структурирования всех глав. Окончательное утверждение текстов было нашей ответственностью — редакторов данного руководства.

Обоснование классификационной системы PDM-2

Клинически полезная классификация психических расстройств должна начинаться с концепции психического здоровья. Психическое здоровье — это больше, чем просто отсутствие симптомов. Так же, как здоровое функционирование сердца не может быть определено как отсутствие боли в груди, здоровое психическое функционирование — это больше, чем отсутствие видимых симптомов психопатологии. Попытки описать нарушения психического здоровья должны учитывать нехватку многих различных способностей, в том числе тех, которые не являются явными источниками дисфункций. Например, какими бы пугающими ни были панические атаки, неспособность воспринимать и адекватно реагировать на эмоциональные сигналы других — гораздо более тонкая и диффузная проблема — может быть более существенным нарушением, чем периодические приступы паники. Неспособность понимать эмоциональные сигналы может сильно нарушать отношения и мышление, а также вызывать тревогу сама по себе.

То, что концепция здоровья является основополагающей для определения расстройства, может показаться самоочевидным, но наши диагностические процедуры не всегда соответствовали этому. В последние десятилетия было принято определять психологические проблемы прежде всего на основе наблюдаемых симптомов и поведения, при этом общее функционирование и адаптация личности учитывались лишь во вторую очередь. Но появляется все больше доказательств того, что для понимания симптомов нам необходимо понимать человека, страдающего этими симптомами (Westen, Gabbard & Vlagov, 2006). Как психическое здоровье, так и психопатология включают

в себя множество тонких особенностей человеческого функционирования (например, способность к толерантности, регуляции и выражению аффектов; стратегии преодоления и защиты; способность к пониманию себя и других; качество отношений).

В DSM и МКБ мы имеем дело не столько с цельной личностью, сколько с конструктором расстройства, по поводу которого исследователи сумели прийти к согласию. В описательных психиатрических таксономиях симптомы, которые могут быть этиологически или контекстуально взаимосвязаны, описываются как «коморбидные», как если бы они сосуществовали у одного человека более или менее случайно, так же как могут сосуществовать синусит и сломанный палец ноги (см. Vorsboom, 2008). Предположения о дискретных, несвязанных, коморбидных состояниях редко оправдываются четкими генетическими, биохимическими или нейрофизиологическими различиями между синдромами (Тутег, Reed & Crawford, 2015). Различительные критерии для диагностики часто определяются произвольными решениями комиссий и не основываются на выводах передовых научных данных.

Чрезмерное упрощение психических явлений ради согласованного описания (надежности) и возможности оценки лечения (валидности) поставило под угрозу благую цель научно обоснованного понимания психического здоровья и патологии. По иронии судьбы надежность и валидность многих нарушений в DSM не так уж высоки, при этом ожидалось, что современные системы должны были их повысить (см. Frances, 2013; Hummelen, Pedersen, Wilberg & Karterud, 2015). Попытка построить диагностическую систему, основанную на доказательствах, возможно, привела к тенденции делать слишком узкие наблюдения, выходить за рамки существующих доказательств и упускать важную цель — классифицировать состояния психического здоровья и расстройств в соответствии с их естественными паттернами.

Мы обеспокоены тем, что специалисты в области психического здоровья некритично и преждевременно переняли методы из других наук вместо разработки эмпирических процедур, соответствующих сложности данных в нашей области. Пришло время адаптировать методы к феноменам, а не наоборот (Bornstein, 2015). Важнейшие исследования в области этиологии, путей развития, профилактики и лечения должны руководствоваться только достоверными описаниями психологических паттернов. Как показывает история науки (и как заявила Американская психологическая ассоциация в своих руководящих принципах 2012 года), научные доказательства включают в себя и часто начинаются с достоверных описаний, то есть наблюдений в естественных условиях, таких как описания случаев. Недостаточное внимание к этой основе научных знаний под давлением узкого определения того, что представляют собой доказательства (в интересах быстрой количественной оценки и воспроизведения), будет вести к повторению, а не к решению проблем нынешних систем.

Попытки дополнить существующие классификации более подробными описаниями психического здоровья и нарушений должны начинаться с консенсуса экспертов, основанного на упорядоченных клинических наблюдениях с учетом данных уже имеющихся и новых исследований (Kächele et al., 2006; Lingardi,

Gazzillo & Waldron, 2010; Lingiardi, McWilliams, Bornstein, Gazzillo & Gordon, 2015; Lingiardi, Shedler & Gazzillo, 2006). Наблюдатели с клиническим опытом выносят очень надежные и обоснованные суждения, если их наблюдения и выводы измеряются с помощью психометрически сложных инструментов (Westen & Weinberger, 2004).

Мы пытаемся поддерживать здоровое напряжение между пониманием сложности клинических явлений (функциональное понимание) и разработкой критериев, которые могут быть надежно оценены и использованы в исследованиях (описательное понимание). Очень важно выдержать это напряжение, следуя поэтапному подходу, в котором сложность и клиническая полезность влияют на рабочие определения и учитываются при исследованиях, и наоборот. Как клиницисты и исследователи, мы твердо верим, что научно обоснованная система начинается с точного распознавания и описания сложных клинических явлений и постепенно продвигается к эмпирической валидации.

Чрезмерные упрощения и предпочтение того, что можно измерить, тому, что имеет смысл, не служат ни хорошей науке, ни разумной практике. Опыт показывает, что применение мануализированных терапевтических методов к отдельным кластерам симптомов без обращения к сложной личности, страдающей от симптомов, а также без должного учета терапевтических отношений приводит к недолговечным результатам и высоким показателям рецидивов. Данные о фундаментальных психологических способностях, влияющих на глубину и разнообразие отношений, чувств и стратегий преодоления, не свидетельствуют о долгосрочных изменениях (Diener, Hilsenroth & Weinberger, 2007; McWilliams, 2013; Westen et al., 2004). В некоторых исследованиях эти критически важные области даже не были измерены — фактор, способствующий «проблеме результата» (например, Strupp, 1963; Wampold, 2013; Westen et al., 2004).

Исследования, ориентированные на процесс, показали, что существенные характеристики психотерапевтических отношений, концептуализированные психодинамическими моделями (терапевтический альянс, феномены переноса и контрпереноса, стабильные характеристики пациента и терапевта; см. Betan, Heim, Zittel Conklin & Westen, 2005; Bradley, Heim & Westen, 2005; Colli, Tanzilli, Dimaggio & Lingiardi, 2014; Fluckinger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012), способны в большей степени прогнозировать результат, чем назначение того или иного терапевтического подхода.

Несмотря на тот факт, что направления глубинной психологии на протяжении долгого времени изучали природу человеческого функционирования тщательно и со всех сторон, диагностическая точность и полезность психодинамических подходов были скомпрометированы по крайней мере двумя моментами. Во-первых, в попытках охватить все разнообразие человеческих переживаний психоаналитические описания психических процессов часто выражались в конкурирующих теориях и метафорах, которые порой вызывали больше разногласий и споров, чем согласия (Bornstein & Becker-Materrero, 2011). Во-вторых, не всегда просто провести различие между спекулятивными конструкциями и фе-

номенами, которые можно наблюдать или логически предполагать. В то время как традиция описательной психиатрии имеет тенденцию к овеществлению категорий «расстройств», психоаналитическая традиция овеществляет теоретические конструкции.

Однако в последнее время психодинамические методы лечения, особенно те, что используются при расстройствах личности (например, Bateman & Fonagy, 2009; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007), стали предметом нескольких метаанализов, подтвердивших их эффективность (см. Fonagy, 2015; Leichsenring et al., 2015; Shedler, 2010). Кроме того, разработка эмпирических методов количественной оценки и анализа сложных психических явлений позволила глубинной психологии выработать четкие операциональные критерии для более широкого круга социальных и эмоциональных состояний человека. В настоящее время задача состоит в том, чтобы привести эти достижения в систему с клиническим опытом.

Диагнозы PDM-2 являются «прототипическими», то есть они не основаны на идее, что диагностическую категорию можно точно описать как компиляцию симптомов («политетический» диагноз). В некоторых разделах PDM-2 используются категории психопатологии, принятые в широко распространенных на сегодняшний день таксономиях. Но, в отличие от DSM и МКБ, PDM-2 делает акцент на *внутреннем переживании* пациентом своего состояния. Поскольку специалисты в области психического здоровья ежедневно имеют дело с субъективностью людей, им необходимо подробное описание внутренней жизни своих пациентов, чтобы суметь как можно лучше понять их уникальные переживания. Как показывает опыт, при постановке диагноза клиницисты склонны думать в терминах прототипов, даже если они говорят в терминах категорий (Bornstein, 2015). В настоящем руководстве мы попытались охватить всю сложность человеческой природы, сочетая точность количественных систем с удобством категориальных. Мы используем многомерный подход для передачи всей сложности общего функционирования пациента и его вовлеченности в терапевтический процесс.

- ◆ *Личностные синдромы — Ось Р.* Основными организующими принципами Оси Р являются уровень организации личности (т. е. спектр функционирования личности от здорового уровня через невротический и пограничный до психотического) и стиль, или паттерн, личности (т. е. клинически распознаваемые типы, которые пересекают уровни организации личности). В разделе, посвященном взрослым (часть I), данное измерение стоит в самом начале, поскольку зачастую невозможно понять, оценить и вылечить симптомы или проблемы без понимания личностных паттернов пациента. Человек, который боится отношений и избегает чувств, будет испытывать депрессию совершенно иначе, чем тот, который полностью вовлечен в отношения и открыт эмоциям.
- ◆ *Профиль психического функционирования — Ось М.* Второе измерение представляет собой подробное описание общего психического функционирования (т. е. способностей, вносящих свой вклад в общее психологическое здоровье или патологию). В данном разделе подробно

рассмотрена внутренняя психическая жизнь, а также систематизированы и операционализированы такие способности, как обработка информации; регуляция импульсов; понимание своих психических состояний и состояний других людей; построение и сохранение отношений; переживание, выражение и понимание различных эмоций; регуляция самооценки; использование стратегий совладания и защит; адаптация и резилентность; создание внутренних ценностей, а также связывание и осмысление личного опыта.

- ◆ *Симптоматические паттерны: субъективное переживание* — Ось S. В третьем измерении на основе категорий DSM и МКБ даются описания аффективных состояний, когнитивных процессов, соматических состояний и паттернов отношений, характерных для данных категорий. Ось S раскрывает симптоматические паттерны с точки зрения наиболее распространенных субъективных переживаний пациентами своих трудностей, а также с точки зрения типичных субъективных реакций клиницистов на них. Помимо этого данная ось включает в себя описания психологических переживаний (например, состояний, связанных с гендерной идентичностью, сексуальной ориентацией и статусом меньшинства), которые могут потребовать клинического внимания.

Порядок расположения осей различается в зависимости от части руководства. У взрослых диагностика личности предшествует диагностике психического функционирования, а у детей, подростков и пожилых людей — наоборот. Мы обосновываем такое расположение тем, что во взрослом возрасте личность (Ось P) приобретает стабильность и потому требует клинического внимания в первую очередь. При этом у детей и подростков клиническая оценка процесса развития (Ось M) обычно имеет приоритет перед формирующимися личностными паттернами. В пожилом возрасте оценка адаптации к различным аспектам старения (Ось M) вновь становится более важной, чем диагностика личности. Многотомный подход к диагностике младенцев и детей раннего возраста (часть IV / глава 10) имеет свои особенности ввиду уникальной природы первых трех лет жизни. Основное внимание уделяется функциональным эмоциональным возможностям развития, регуляторно-сенсорным способностям обработки, паттернам отношений, их нарушениям и другим медицинским и неврологическим диагнозам.

Уточнение и доработка первого издания PDM

Первое издание PDM содержало три раздела: (I) Психические расстройства у взрослых; (II) Психические расстройства у детей и подростков (включая расстройства в младенческом и раннем детском возрасте) и (III) Концептуальные и научно-исследовательские предпосылки. Специалистам рекомендовалось проводить диагностику пациентов (за исключением младенцев и дошкольников) по трем осям: уровень организации личности и преобладающий стиль

или расстройство (Ось Р); уровень общего психического функционирования (Ось М) и субъективное переживание симптомов (Ось S).

Первое издание PDM имело значительный успех в США и Европе. 24 января 2006 года *New York Times* опубликовал положительный отзыв о нем. Кроме того, PDM был поддержан в клинической литературе, например в специальном выпуске журнала *The Journal of Personality Assessment*¹ 2011 года (см. Bornstein, 2011; Huprich & Meyer, 2011; McWilliams, 2011b), и получил несколько других положительных рецензий (например, Michels, 2007). В 2009 году Павел Степанский назвал первое издание PDM «ошеломляющим успехом». В последующем десятилетии после публикации руководству было посвящено несколько национальных симпозиумов. В 2008 году появился перевод PDM на итальянский язык. PDM оказал влияние на специалистов в Германии, Испании, Турции, Франции и Новой Зеландии (Del Corno & Lingardi, 2012). В некоторых странах (например, в Новой Зеландии) диагнозы PDM принимаются государственными органами, финансирующими лечение. Гордон (Gordon, 2009) выяснил, что психотерапевты независимо от теоретической ориентации оценивали первое издание PDM положительно. Участники его исследования подчеркивали ценность отсутствия узкопрофессионального лексикона и полезность в плане оказания помощи непсиходинамическим клиницистам в формулировании клинически значимого диагноза.

В «Карманном руководстве к DSM-5» Нуссбаум (Nussbaum, 2013) пишет:

МКБ-10 ориентирован на общественное здравоохранение, тогда как «Руководство по психодинамической диагностике» (PDM) фокусируется на психологическом здоровье и дистрессе конкретного человека. Несколько психоаналитических групп работали вместе, чтобы создать PDM, дополняющий описательные системы DSM-5 и МКБ-10. Как и DSM-5, PDM содержит измерения, пересекающиеся с диагностическими категориями, а также исчерпывающие описания личностных паттернов и расстройств. В PDM используются диагностические категории DSM, при этом даются описания внутренних переживаний пациента (с. 243–244).

В октябре 2013 года Американская психоаналитическая ассоциация заявила:

Не существует двух человек с депрессией, тяжелой утратой, тревогой или каким-либо другим психическим расстройством, которые бы обладали одинаковыми ресурсами, потребностями в лечении и реакциями на оказываемую им помощь. Даже в случае предпочтения описательной диагностической номенклатуры, примером которой является DSM-5, психоаналитическая диагностика будет являться важным дополнением, позволяющим глубоко понять уникальность и сложность каждого человека, и ее следо-

Журнал по диагностике личности.

вало бы сделать частью всесторонней оценки каждого пациента. Даже в случае психиатрических расстройств с серьезной биологической основой психологические факторы вносят свой вклад в возникновение, развитие и проявление заболевания. Психологические факторы также влияют на то, каким образом пациент вовлекается в процесс лечения; было доказано, что качество терапевтического альянса является самым сильным предиктором результата лечения во всех терапевтических модальностях. Для получения информации о диагностической системе, описывающей как более глубокие, так и поверхностные уровни симптоматических паттернов, а также личность пациента и его эмоциональное и социальное функционирование, мы рекомендуем обращаться к «Руководству по психоаналитической диагностике» (apsa.org, октябрь 2013, цит. по: Lingardi & McWilliams, 2015, с. 238).

Учитывая успех первого издания и в ответ на отзывы о его сильных и слабых сторонах, мы решили откорректировать первоначальный вариант PDM с целью повышения его эмпирической строгости и клинической полезности (см. Clarkin, 2015; Gazzillo et al., 2015; Huprich et al., 2015; Lingardi et al., 2015; Lingardi & McWilliams, 2015). Проект PDM-2 никогда бы не был реализован без участия Стэнли Гринспена (1941–2010), нашего Магеллана, указавшего нам путь; Нэнси Гринспен, преданной хранительницы наследия ее покойного мужа, безотказно предоставлявшей проекту необходимую поддержку, а также Роберта С. Валлерштайна (1921–2014), который выполнял роль нашего почетного председателя до самой смерти. В одном из своих последних писем он выразил надежды в отношении PDM: «Я счастлив, что PDM продолжает жить... Я искренне желаю вам успешной работы по продолжению традиций PDM».

В основу PDM-2 легли более тщательные систематические и эмпирические исследования по сравнению с первым изданием, поскольку эти исследования лучше обеспечивают операционализацию описаний различных расстройств. В конце каждой главы приводится библиография, которая содержит ссылки не только на те литературные источники, которые упоминались в тексте главы, но и на дополнительные источники на темы, затронутые в этой главе). Семь рабочих групп занимались разработкой шести разделов руководства: (I) Взрослый возраст, (II) Подростковый возраст, (III) Детство, (IV) Младенчество и ранний возраст, (V) Пожилой возраст, а также (VI) Диагностика и клинические иллюстрации. При том, что второе издание сохранило основную структуру первого, оно содержит в себе ряд важных изменений и нововведений.

С учетом результатов исследований, которые проводились с 2006 года и подтвердили клиническую полезность данной концепции, в Ось Р был включен психотический уровень организации личности. Эта ось была интегрирована и переформулирована в соответствии с теоретическими, клиническими и исследовательскими данными, включая эмпирически обоснованные диагностические инструменты, такие как SWAP-200, SWAP-II и SWAP-200 для подростков. Было добавлено типологическое описание пограничной лично-

сти, а диссоциативный тип личности исключен (при этом раздел о диссоциативных симптомах был расширен). Мы увеличили количество психических функций с 9 до 12 по Оси М для взрослых. Каждая психическая функция может быть оценена по шкале Ликерта. Ось S стала больше интегрирована с системами DSM-5 и МКБ-10. Кроме того, мы приводим более подробное обоснование для описаний «аффективных состояний», «когнитивных паттернов», «соматических состояний» и «паттернов отношений». Описания субъективных переживаний пациента и вероятных контрпереносных реакций терапевта также стали более детальными.

В PDM-2 мы решили отделить раздел, посвященный подростковому возрасту (12–19 лет), от раздела, посвященного детству (4–11 лет), поскольку с клинической точки зрения было бы наивно использовать одни и те же уровни и паттерны для описания психического функционирования пациентов, скажем, 4 и 14 лет. Мы по-прежнему рекомендуем проводить оценку сначала по Оси М, определяя тем самым направление дальнейшей диагностики по Осям Р и S. Раздел, посвященный младенчеству и раннему детству, теперь содержит более подробное обсуждение линий развития и гомотипически-гетеротипических континуумов психопатологии раннего младенчества, детства, подросткового и взрослого возраста. Мы откорректировали описание первичных отношений, сделав акцент на оценке семейной системы и характерных для нее паттернов отношений, включая паттерны привязанности и их возможную связь как с психопатологией, так и с нормальным развитием.

Нововведением PDM-2 является раздел, посвященный пожилому возрасту, — это первый случай включения подобного раздела в крупный справочник по диагностике. Ввиду нехватки психодинамических исследований данного жизненного этапа и его влияния на процесс терапии большая часть этого раздела основана на клинических наблюдениях.

Последний раздел PDM-2 — «Диагностика и клинические иллюстрации». Психодиагностическая карта-2 (PDC-2) и Психодинамические диагностические прототипы были заимствованы из первого издания PDM; другие диагностические инструменты были взяты из предшествующих исследований. (PDC-2 и варианты PDC для различных возрастных групп приведены в приложении к настоящему руководству.) Глава данного раздела, посвященная клиническим иллюстрациям и профилям PDM-2, призвана помочь читателям формулировать случаи. Наглядные клинические виньетки встречаются и в других главах, но данная глава содержит пять клинических описаний, составленных в соответствии с подходом PDM-2.

Существенная часть первого издания PDM содержала статьи, написанные ведущими психодинамическими исследователями. В PDM-2 мы решили пойти другим путем и включить обширную эмпирическую литературу, имеющую отношение к психодинамической терапии, в соответствующие разделы.

И хотя концепции PDM-2 будут более понятны специалистам психодинамического направления, мы надеемся, что данное руководство также заинтересует терапевтов, обученных в других традициях, включая биологический, КБТ, эмоционально-фокусированный, системный семейный и гуманистический

подходы. Похоже, что в будущем клиническая практика будет характеризоваться как многообразием, так и интеграцией подходов. По этой причине мы рассматривали вариант переименования PDM в Руководство по психологической диагностике, Диагностический справочник практикующего психолога или Диагностический справочник психотерапевта¹. Но, по мнению нашего издателя, название «Руководство по психоаналитической диагностике» уже стало брендом и мы бы только сбили с толку наших читателей. Возможно, это так, и все же мы хотели бы подчеркнуть как наше уважение к альтернативным терминологии и концепциям, так и наши усилия быть полезными терапевтам различных концептуальных систем и терапевтических традиций. Мы считаем, что всесторонняя диагностическая формулировка будет способствовать любому виду лечения, которое стремится учесть всю сложность человеческой личности. По нашему мнению, даже «неприкасаемые постулаты» должны быть открыты для потенциального опровержения. Поэтому мы надеемся, что данный справочник будет протестирован и улучшен в ближайшие годы, поскольку эмпирические исследователи продолжают изучать наши предположения, а клиницисты продолжают сообщать об их применимости.

Будучи учителями и супервизорами мы видим, что многие молодые коллеги чувствуют себя потерянными в мире биомедицинской диагностики и остро ощущают отсутствие системы с большей психологической ориентацией. Без динамических, связанных с отношениями и интересубъективных аспектов процесс диагностики теряет смысл и становится рутинным и скучным. Этот факт не только ставит под удар профессиональную идентичность клиницистов, но также притупляет или искажает их способность обнаруживать и описывать клинически значимые характеристики пациентов и их психического функционирования, подвергая риску терапевтические отношения. Таким образом, одной из наших основных задач является помощь начинающим терапевтам.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Abbass, A., Town, J. & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association. (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. Retrieved from www.apa.org/about/policy/resolutionpsychotherapy.aspx.
- Aron, L. (2012). Rethinking “doublethinking”: Psychoanalysis and scientific research—An introduction to a series. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(6), 704–709.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364.

PDM (the Psychological Diagnostic Manual; the Practitioner’s Diagnostic Manual; the Psychotherapist’s Diagnostic Manual).

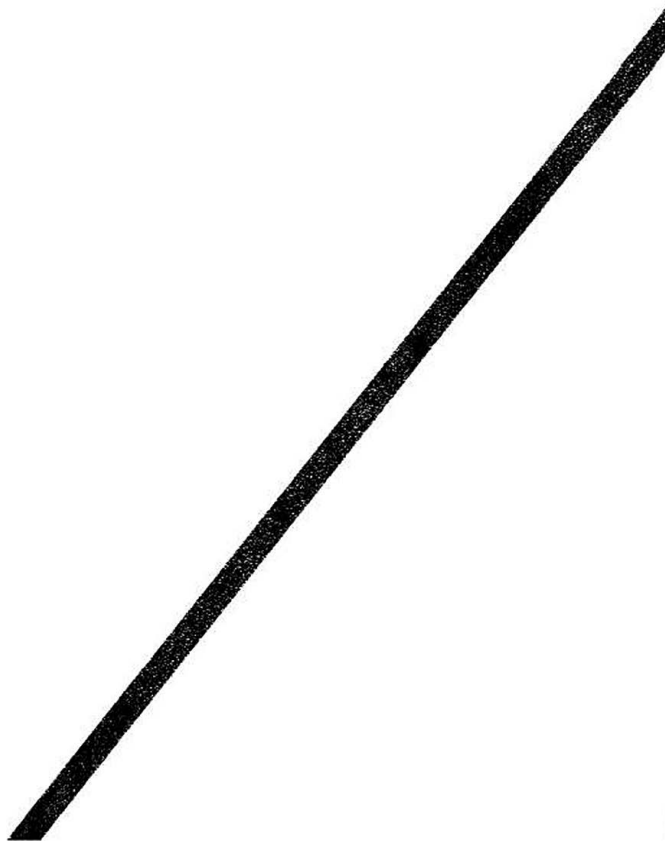
- Betan, E., Helm, A. K., Zittel Conklin, C. & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890–898.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bornstein, R. F. (2011). From symptom to process: How the PDM alters goals and strategies in psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 142–150.
- Bornstein, R. F. (2015). Personality assessment in the diagnostic manuals: On mindfulness, multiple methods, and test score discontinuities. *Journal of Personality Assessment*, 97, 446–455.
- Bornstein, R. F. & Becker-Matzerro, N. (2011). Reconnecting psychoanalysis to mainstream psychology: Metaphor as glue. *Psychoanalytic Inquiry*, 31, 172–184.
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1089–1108.
- Bradley, R., Heim, A. K. & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342–349.
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Käechele, H., Cierpka, M., Roth, G., . . . Taubner, S. (2012). Changes in prefrontal–limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. *PLoS ONE*, 7(3), 1–8.
- Clarkin, J. F. (2015). A commentary on “The *Psychodynamic Diagnostic Manual* Version 2 (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research.” *Psychoanalytic Psychology*, 32(1), 116–120.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L. & Kernberg, O. F. (2004). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished manuscript, Personality Disorders Institute, Weill Cornell Medical College, New York.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. & Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102–108.
- Del Corno, F. & Lingardi, V. (2012). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) in the U.S.A. and in Europe: Between commercial success and influence on professionals and researchers. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 265, 5–10.
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., . . . Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 107–137.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936–941.
- Eagle, M. N. & Wolitzky, D. L. (2011). Systematic empirical research versus clinical case studies: A valid antagonism? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(4), 791–817.
- Fluckinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is alliance in psychotherapy?: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Consulting Psychology*, 59(1), 10–17.
- Fonagy, P. (2013). There is room for even more doublethink: The perilous status of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Dialogues*, 23, 116–122.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137–150.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-S, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Morrow.
- Gazzillo, F., Lingardi, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. M. & McWilliams, N. (2015). Clinicians' emotional responses and *Psychodynamic Diagnostic Manual* adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy*, 52(2), 238–246.
- Gordon, R. M. (2009). Reactions to the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) by psychodynamic, CBT and other non-psychodynamic psychologists. *Issues in Psychoanalytic Psychiatry*, 31, 55–62.
- Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to “scientific” legitimacy: The dessiccation of human experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(5), 1043–1069.
- Hoffman, I. Z. (2012a). Response to Eagle and Wolitzky. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 60, 105–120.
- Hoffman, I. Z. (2012b). Response to Safran: The development of critical psychoanalytic sensibility. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(6), 721–731.
- Høglend, P. (2014). Exploration of the patient–therapist relationship in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 7, 1056–1066.
- Hummelen, B., Pedersen, G., Wilberg, T. & Karterud, S. (2015). Poor validity of the DSM-IV schizoid personality disorder construct as a diagnostic category. *Journal of Personality Disorders*, 29(3), 334–346.

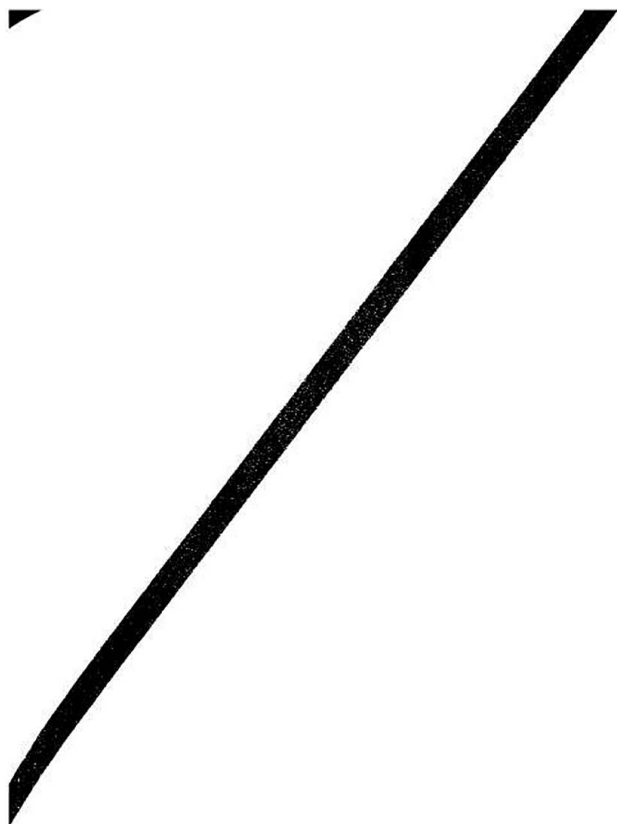
- Huprich, S. K., McWilliams, N., Lingardi, V., Bornstein, R. F., Gazzillo, F. & Gordon, R. M. (2015). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) and the PDM-2: Opportunities to significantly affect the profession. *Psychoanalytic Inquiry, 35*, 60–73.
- Huprich, S. K. & Meyer, G. J. (2011). Introduction to the JPA special issue: Can the *Psychodynamic Diagnostic Manual* put the complex person back at the center stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment, 93*, 109–111.
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Hölzer, M., Hohage, R., Mergenthaler, E., . . . Thomä, H. (2006). The German specimen case, Amalia X: Empirical studies. *International Journal of Psychoanalysis, 87*, 809–826.
- Kandel, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry, 156*, 505–524.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy—An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*, 129–148.
- Levy, R., Ablon, J. S. & Kächele, H. (2012). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Springer.
- Lingardi, V., Gazzillo, F. & Waldron, S. (2010). An empirically supported psychoanalysis: The case of Giovanna. *Psychoanalytic Psychology, 27*(2), 190–218.
- Lingardi, V., Holmqvist, R. & Safran, J. D. (2016). Relational turn and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis, 52*, 275–312.
- Lingardi, V. & McWilliams, N. (2015). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* — 2nd edition (PDM-2). *World Psychiatry, 14*(2), 237–239.
- Lingardi, V., McWilliams, N., Bornstein, R. F., Gazzillo, F. & Gordon, R. M. (2015). The *Psychodynamic Diagnostic Manual Version 2* (PDM-2): Assessing patients for improved clinical practice and research. *Psychoanalytic Psychology, 32*(1), 94–115.
- Lingardi, V., Shedler, J. & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment, 86*(1), 36–45.
- McWilliams, N. (2011a). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011b). The *Psychodynamic Diagnostic Manual*: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment, 93*, 112–122.
- McWilliams, N. (2013). Psychoanalysis and research: Some reflections and opinions. *Psychoanalytic Review, 100*(6), 919–945.
- Michels, R. (2007). Review of “Psychodynamic diagnostic manual.” *International Journal of Psychoanalysis, 88*(4), 1105–1108.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 127–132.
- Nussbaum, A. M. (2013). *The pocket guide to the DSM-5 diagnostic exam*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- OPD Task Force. (Eds.). (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis—OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Safran, J. D. (2012). Doublethinking or dialectical thinking: A critical appreciation of Hoffman's “doublethinking” critique. *Psychoanalytic Dialogues, 22*(6), 710–720.
- Schore, A. N. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(3), 388–397.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98–109.
- Stepansky, P. E. (2009). *Psychoanalysis at the margins*. New York: Other Press.
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1*, 1–13.
- Tyrer, P., Reed, G. M. & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet, 385*, 717–726.
- Vivona, J. (2012). Between a rock and hard science: How should psychoanalysis respond to pressures for quantitative evidence of effectiveness? *Journal of the American Psychoanalytic Association, 60*(1), 121–129.
- Wampold, B. E. (2013). The good, the bad and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem. *Psychotherapy, 50*(1), 16–24.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Westen, D., Gabbard, G. & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as

- a context for psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology: Building bridges* (pp. 335–384). New York: Guilford Press.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*, 631–663.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II: Part 1. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 258–272.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II: Part 2. Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 273–285.
- Westen, D., Waller, N. G., Shedler, J. & Blagov, P. S. (2014). Dimensions of personality and personality pathology: Factor structure of the Shedler–Westen Assessment Procedure–II (SWAP-II). *Journal of Personality Disorders*, *28*, 281–318.
- Westen, D. & Weinberger, J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, *59*, 595–613.
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, J., Doering, S. & Benecke, C. (2012). Assessing the level of structural integration using *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD): Implications for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, *94*(5), 522–532.

Часть

1





Взрослые

Глава 1

Личностные синдромы Ось Р

Редакторы главы

Нэнси Мак-Вильямс, PhD

Джонатан Шедлер, PhD

Консультанты

Аллан Аббасс, MD

Джон Ф. Кларкин, PhD

Ферхан Дерейбой, MD

Глен О. Габбард, MD

Брин Греньер, PhD

Стивен Хюприх, PhD

Роберт Майклс, MD

Джудит Розенбергер, PhD, LCSW

Введение

Модель личности — это что-то вроде карты. Она помогает сориентироваться при помощи узнаваемых признаков и выбрать нужный курс. Различные карты имеют различное назначение (например, карты дорог, топографические карты, политические карты). Цель «карты» Ось Р PDM-2 — углубить понимание практикующими специалистами своих пациентов, что поможет им выбрать правильный курс лечения.

Прочие карты личности, такие как «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» (в данный момент DSM-5, Американская ассоциация психиатров, 2013) и «Международная классификация болезней» (в данный момент МКБ-10, Всемирная организация здравоохранения, 2000) служат другим целям. У них есть свои преимущества и недостатки. Но в основном практикующие специалисты считают, что они не обеспечивают необходимого для проведения лечения психологического понимания (например, Spitzer, First, Shedler, Westen & Skodol, 2008). Ось Р создавалась именно с этой целью.

Принципиальное отличие Оси Р от DSM и МКБ заключается в том, что последние представляют собой классификации болезней, в то время как Ось Р является попыткой описать людей (дальнейшее обсуждение отличий и обоснование системы PDM-2 см. в приложении 1.1 в конце главы). Ее задача — содействие

в формулировании клинических случаев, что означает помощь специалистам в понимании трудностей конкретного человека в более широком контексте функционирования личности. Такое понимание поможет принять решение о том, будет ли терапия эффективной, когда и как ее лучше проводить в каждом конкретном случае. Описание случаев также принесет клиническую пользу тем пациентам, которые не проходят психотерапию, — например, помогая врачам заметить и устранить некорректное лечение, справиться с травмой или горем, а также проводить эффективную работу в реабилитационных заведениях. Несмотря на то что представленные нами идеи могут быть наиболее близки специалистам, работающим в русле психодинамического подхода, мы ставили своей целью предоставить информацию, которая могла бы углубить понимание и повысить эффективность врачей любой теоретической направленности (Lingiardi & McWilliams, 2015).

Основные организационные принципы Оси Р таковы: (1) уровень организации личности и (2) стиль, или тип, личности. Первый спектр описывает степень дисфункции личности — от здоровья к невротическому, пограничному и, наконец, психотическому уровням организации личности. Второй представляет собой хорошо известные с клинической точки зрения стили, или типы, личности на всех уровнях организации личности. Понятие стиля личности, по сути, не подразумевает здоровье или патологию. Оно скорее означает основные психологические темы и организационные принципы. Определив место пациента в системе уровней организации личности и стилей личности, специалист может приступить к формулированию случая, психологически достаточно подробно, чтобы проводить эффективную терапию.

Концептуализация личности

Личность — это скорее о том, *какой* человек, чем о том, *какое* у него расстройство. Это понятие включает в себя значительно больше, чем то, что можно наблюдать через поведение. Мы можем отнести сюда целый ряд внутренних психологических процессов: мотивы, фантазии, характерные паттерны мышления и чувствования, способы познания себя и других, копинг-стратегии (способы справляться со стрессом), защиты и т. д. Независимо от заявленных проблем многие пациенты в процессе терапии приходят к пониманию, что их трудности неразрывно связаны с тем, кто они есть. Этим пациентам необходимо, чтобы терапевт обладал неким системным психологическим видением, что помогло бы им понять, почему они снова и снова испытывают определенные страдания. Психологические проблемы зачастую сложным образом переплетены с личностью, они могут оказаться изнанкой сильных сторон человека, и поэтому должны оцениваться в контексте человека в целом, включая отношения и культурный контекст данного человека. (Обратите внимание, что мы используем термин «личность», подразумевая то, что традиционно называется «характером». Определение понятий «личность», «характер», «темперамент», «особенность», «тип», «стиль» и «защита» смотрите в приложении 1.2 в конце главы).

Для целей психотерапии, направленной на фундаментальные изменения в психике, понимание целостной психологической структуры человека и траекторий развития может в конечном счете быть важнее, чем классифицирование симптомов и освоение конкретных техник (American Psychological Association, 2012; Norcross, 2011). Следовательно, квалифицированный терапевт, проводящий клиническое интервью, оценивает не только имеющиеся симптомы и психическое состояние пациента, но и социокультурный контекст предъявляемой проблемы, а также старается получить представление о личности пациента, в том числе о его сильных и слабых сторонах и основных организующих темах. В исследованиях результатов психотерапии в последнее время все больше внимания уделяется роли личностных различий (например, Blatt, 1990, 1992, 1993, 2008; Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Gabbard, 2009a, 2009b; Horowitz et al., 1996; Roth & Fonagy, 2005; Westen, Novotny & Thompson Brenner, 2004) — момент, который имеет решающее значение для практикующих специалистов, но по большей части отсутствует в эмпирических исследованиях.

Стиль личности vs расстройство личности

Нет четкого различия между *типом*, или *стилем*, личности и *расстройством* личности. У любого человека есть стиль личности. Термин «расстройство» удобен для врачей, так как обозначает степень выраженности или ригидности, вызывающую значительную дисфункцию, страдание или нарушение. Например, про кого-то можно сказать, что он обладает нарциссическим *стилем* личности, но при этом не имеет нарциссического *расстройства* личности.

Важным фактором при диагностике расстройства личности является тот факт, что психическое функционирование человека причиняет значительные неудобства самому человеку или окружающим в течение долгого времени. И такое функционирование должно стать неотъемлемой частью личности настолько, что этот человек уже не может вспомнить или с легкостью представить себя другим. Некоторые люди с патологией личности не осознают или не замечают свои проблемные паттерны и обращаются за лечением лишь по настоянию других. Есть и те, кто приходит по своей воле, но не по поводу своих личностных паттернов, а в связи с более конкретными проблемами: тревога, депрессия, расстройства пищевого поведения, соматические симптомы, аддикции, фобии, самоповреждение, травмы, проблемы в отношениях и многое другое.

Очень важно отличать личностный синдром от симптоматического синдрома, синдрома органического поражения головного мозга и психотических расстройств. Например, ритуализированное поведение может указывать на обсессивно-компульсивное расстройство, не связанное с личностью, или может свидетельствовать о прогрессирующем обсессивно-компульсивном расстройстве личности, а также может указывать на психотическое расстройство или являться результатом органического поражения головного мозга.

Также важно понять, не является ли то, что выглядит как личностное расстройство, реакцией на текущую стрессовую ситуацию. Например, у человека не было каких-либо заметных психологических проблем до того, как он поки-

нул родину. Но когда он начинает жить в местности, языка которой он не знает, у него могут проявляться такие нарушения в функционировании личности, как параноидальный синдром, синдром зависимости и др. (Akhtar, 2011). При достаточном напряжении или травме любой из нас может казаться человеком в пограничном или даже психотическом состоянии. Следовательно, невозможно диагностировать расстройство личности без учета всех обстоятельств, которые могли бы объяснить поведение пациента.

И наконец, человек, принадлежащий к культуре, незнакомой интервьюеру, может ошибочно показаться ему имеющим какое-либо личностное расстройство. Граница между нормой и патологией не является жесткой и универсальной и зависит от культурной системы (Alarcón & Foulks, 1995a, 1995b; Kakar, 2008; Kitayama & Markus, 1999; Lewis-Fernández et al., 2014; Tummala-Narra, 2016).

Уровень организации личности (степень расстройства)

Континуум здоровья личности

Видение расстройства личности как континуума сформировалось в результате десятилетий клинических наблюдений и исследований. На одном конце континуума, обозначающем здоровье, находятся люди, демонстрирующие хорошее функционирование во всех областях или в большинстве областей. Они, как правило, состоят в удовлетворяющих их отношениях. Они могут переживать и понимать относительно полный спектр чувств и мыслей, соответствующих их возрасту. Они также в состоянии функционировать гибко в условиях стресса, вызванного внешними событиями или внутренними конфликтами, сохраняя при этом довольно согласованное чувство личностной идентичности. Они выражают свои импульсы способом, адекватным ситуации, и ведут себя в соответствии со своими внутренними ценностями. При этом они не испытывают чрезмерного страдания и не причиняют его другим.

На другом конце континуума, обозначающем тяжелые расстройства, находятся люди, которые реагируют на стресс ригидно, например, используя ограниченный набор неэффективных или дезадаптивных защит. У них также наблюдается значительный дефицит во многих сферах, описанных в разделе «Обзор основных психических функций: Ось М» (таких как тестирование реальности, дифференциация я и объекта, регуляция аффектов, внимание и обучение; см. главу 2, таблицу 2.1).

Исторический контекст: уровни организации личности

К концу XIX века психиатрическая классификация содержала два основных типа расстройств: (1) «неврозы» — термин, который обозначал незначительную или серьезную психопатологию, при которой сохранялась способность тестировать реальность, и (2) «психозы» — патология, при которой способность тестировать реальность значительно нарушена. В последующие десятилетия, по мере того как практикующие специалисты стали замечать, что многие пациен-

ты страдают не от изолированных симптомов, а от проблем, пронизывающих всю их жизнь, они начали проводить различие между «невротическими симптомами» и «невротическим характером», или «личностным расстройством», как принято это называть теперь.

На протяжении XX века появлялись описания пациентов, которые выглядели слишком нарушенными, чтобы считаться невротиками, но все же достаточно укорененными в реальности, чтобы считаться психотиками. Постепенно выделялась пограничная группа (Frosch, 1964; Knight, 1953; Main, 1957; Stern, 1938). Впоследствии расстройство на границе между психозами и неврозами было исследовано эмпирически (Grinker, Werble & Drye, 1968; Gunderson & Singer, 1975) и описано теоретически (Adler, 1985; Hartocollis, 1977; Kernberg, 1975, 1983, 1984; Masterson, 1972, 1976; Stone, 1980, 1986).

Пациенты, чей уровень организации личности расценивался как находящийся на этой границе, часто плохо реагировали на те виды лечения, которые помогали более здоровым пациентам. У них неожиданно развивалась интенсивная, причудливая и зачастую быстро меняющаяся реакция на назначенную психотерапию. При том, что у этих пациентов не проявлялись психотические тенденции вне терапии, у них развивались неразрешимые «психотические переносы», т. е. они начинали воспринимать своих терапевтов как абсолютно хороших или абсолютно плохих или относились к ним в точности как к людям из своего прошлого, и с этим ничего нельзя было поделать.

Постепенно был достигнут консенсус относительно того, что личностные синдромы располагаются на континууме по степени тяжести: от относительно здоровья до сильных нарушений. Традиционно этот континуум представляет собой условную шкалу, включающую «здоровый», «невротический», «пограничный» и «психотический» уровни организации личности.

Обратите внимание, что термин «пограничный», используемый психодинамическими терапевтами для обозначения *уровня личностной организации*, отличается от термина «пограничный» в DSM, где только один конкретный вариант пограничной личностной организации обозначен как пограничное личностное расстройство (описание подтипов и их отличие от комплексной травмы см. в Lewis, Carputi & Grenyer, 2012; Lewis & Grenyer, 2009). Следовательно, мы используем термин «пограничный» шире, чем DSM, и в большем соответствии с клиническими наблюдениями, породившими этот термин, а также с его широкой профессиональной распространенностью.

И хотя мы можем, в принципе, обнаружить каждый из личностных стилей на любом уровне организации личности, какие-то стили более характерны для здорового (невротического) края спектра тяжести расстройств, в то время как другие скорее сопровождают болезнь (пограничный и психотический уровни). Например, пациенты с истерическим или обсессивным личностным стилем, скорее всего, будут принадлежать к невротическому уровню, а параноидный и психопатический стили — к пограничному.

Различие между *уровнем* организации и *стилем* личности позволяет, например, распознать «тихих пограничных» пациентов (Sherwood & Cohen, 1994), таких как шизоидные личности, которые психологически организованы на

пограничном уровне. В то же время диагноз «пограничное личностное расстройство» в DSM, по сути, отождествляет пограничную организацию с гистрионным личностным расстройством, что делает диагностические категории пограничного личностного расстройства и гистрионного расстройства эмпирически неразличимыми (см. Shedler & Westen, 2004). Мы имеем в виду исследование пограничных личностных расстройств, проведенное на основе определений DSM с учетом обширной эмпирической литературы по синдрому, определенному в DSM, которая была накоплена с момента его включения в DSM-III в 1980 году.

Кернберг решает проблему расхождения в использовании термина «пограничный», проводя различие между пограничным личностным *расстройством* (понятие DSM) и пограничной личностной *организацией* (психоаналитическое понятие). Мы соглашаемся с ним, описывая пограничный уровень личностной организации. Но мы также дополнительно включаем пограничную личность в качестве диагностируемого личностного стиля или типа по Оси Р. Мы признаем, что решение включить пограничную личность в качестве личностного стиля в Ось Р является несовершенным и не совсем согласуется с концептуальными рамками данной главы. Тем не менее, учитывая обширную литературу по пограничному личностному расстройству, основанную на концепции DSM, и ее широкое клиническое применение, мы сочли необходимым сделать это.

Современные открытия в области уровней организации личности

Исследования показывают, что некоторые проблемы пациентов в пограничном диапазоне имеют генетический компонент. Близнецовый метод показал, что как у мужчин, так и у женщин генетическое влияние на степень тяжести пограничных признаков составляет около 40 % (e.g., Distel et al., 2008; Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011; Torgersen et al., 2008). Действительно, генетическая межличностная гиперсенситивность была выделена в качестве эндофенотипного маркера (Gunderson, 2007). Исследования с помощью методов нейровизуализации показали, что функциональная нейроанатомия пограничных расстройств связана с гиперсенситивностью, с непереносимостью одиночества и со страхами привязанности, типичными для пациентов этой обширной диагностической группы (Buchheim et al., 2008; Fertuck et al., 2009; King-Casas et al., 2008).

В то время как предыдущие поколения психоаналитиков связывали степень тяжести расстройства с фиксацией на или с регрессией к определенной задаче развития или стадии, современные теоретики понимают патологию личности как отражение слияния факторов, включая помимо других также генетическую наследственность, темперамент, ранний жизненный опыт (т. е. травма, заброшенность) и ранние привязанности. Обсуждение «биопсихосоциальных» моделей личности см., например, у Leichsenring и коллег (2011) или Paris (1993).

Согласно выводам Кларкина, Кернберга и их коллег (Clarkin et al., 2001; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2004, 2007; Clarkin, Yeomans & Kernberg,

1999), а также Гринспена и его коллег (e.g., Greenspan & Shanker, 2004), мы рекомендуем определять местоположение личности на континууме тяжести расстройства путем оценки следующих сфер, подробно описанных в главе 2:

1. Способность к регуляции, вниманию и научению
2. Способность к переживанию, передаче и пониманию аффектов
3. Способность к ментализации и рефлексивному функционированию
4. Способность к дифференциации и интеграции (идентичность)
5. Способность к отношениям и близости
6. Способность к регуляции самооценки и качество внутреннего опыта
7. Способность контролировать и регулировать импульсы
8. Способность к защитному функционированию
9. Способность к адаптации, резилентности и стабильности
10. Способность к самонаблюдению (психологическая разумность)
11. Способность создавать и использовать внутренние стандарты и идеалы
12. Способность к осмысленности и целеустремленности.

В главе 2 описан способ оценки психического функционирования, помогающий определить, на каком уровне (здоровый, невротический, пограничный или психотический) находится личность.

Здоровый уровень организации

Психопатология выражается во взаимодействии стрессовых факторов и индивидуальной психологии. Некоторые люди, у которых возникают симптомы под действием стресса, в целом имеют здоровую личность согласно оценке по Оси М: основные психические функции (см. глава 2, таблица 2.1). У них есть определенные предпочтения в выборе стратегий совладания со стрессом, но при этом они достаточно гибки, чтобы адекватно приспособиться к сложной реальности (но не обязательно к тяжелой травме, которая может нанести серьезный ущерб даже тем людям, которые выглядят довольно устойчивыми; см. Boulanger, 2007). У нас у всех есть свой личностный стиль, или особенность, или тип, или устойчивое сочетание стилей. Например, если кому-то свойственен постоянный пессимистичный взгляд на вещи, это не является достаточным критерием для диагностирования депрессивного расстройства личности.

Невротический уровень организации

Несмотря на то, что многие способности людей с невротическим уровнем организации личности высоко оцениваются по Оси М, они отличаются относительной ригидностью (Shapiro, 1965, 1981, 1989, 2002). Это значит, что в стрессовой ситуации они реагируют сравнительно ограниченным набором защит и совладающих стратегий. Самыми распространенными личностными стилями и расстройствами в этом диапазоне континуума являются депрессивная, истерическая (по сложившейся традиции термин «истерический» используется для обозначения динамической констелляции на высоком уровне

функционирования, в то время как «гистрионный» обозначает ту же динамику на пограничном или психотическом уровнях), фобическая и обсессивно-компульсивная личности.

Картина страданий человека, принадлежащего к одной из этих групп, как правило, ограничивается конкретной областью: это потеря, отвержение и самонаказание у депрессивной личности; вопросы, связанные с полом, сексуальностью и властью у истерическо-гистрионной личности; и вопросы контроля у обсессивно-компульсивной личности. Личности, функционирующие на невротическом уровне, часто переживают свои проблемы как внутренние разногласия или конфликты. Например, они могут испытывать сексуальное искушение в виде желания, вступающего в конфликт с внутренним запретом, или они могут постоянно злиться и осуждать и при этом чувствовать, что «реагируют слишком остро».

Деадаптивные защитные паттерны людей невротического спектра могут быть ограничены сферой их конкретных трудностей. В отличие от пациентов, организованных на пограничном уровне, которые используют защиты, искажающие реальность глобально (т. е. отрицание, расщепление, проективная идентификация, всемогущий контроль, примитивная диссоциация), ригидные или проблематичные защиты пациента невротического уровня, скорее всего, будут искажать только какую-то одну область — проблемы с авторитетными фигурами, например, а не проблемы в отношениях вообще. Вне сферы своих трудностей люди невротического уровня могут иметь удовлетворяющую их работу, сохранять хорошие отношения с другими, выдерживать дисфорические аффекты, не предпринимая импульсивных или необдуманных действий, а также могут и хотят сотрудничать в терапевтических отношениях.

Пациенты невротического уровня, как правило, осознают свои повторяющиеся трудности и могут представить, как им хотелось бы измениться. Они обычно формируют хороший рабочий альянс со своим терапевтом. На начальных интервью терапевты, скорее всего, будут чувствовать себя в их присутствии комфортно и реагировать на них с уважением и симпатией, предвкушая совместную работу.

Пограничный уровень организации

Люди с пограничной личностной организацией имеют трудности с регуляцией аффекта и поэтому подвержены крайним проявлениям аффекта, включая эпизоды сильной депрессии, тревоги и гнева. Они, как правило, испытывают проблемы в отношениях, серьезные трудности с эмоциональной близостью, проблемы с работой, проблемы с регуляцией импульсов, также им свойственно злоупотребление психоактивными веществами и прочее аддиктивное поведение (азартные игры, воровство, переядание, сексуальные компульсии, зависимость от видеоигр и интернета и др.). В периоды стресса (например, когда отношения привязанности находятся под угрозой) увеличивается риск причинения ими себе вреда в виде членовредительства, рискованного сексуаль-

ного поведения, накопления больших долгов и прочих саморазрушительных действий (Bourke & Grenyer, 2010, 2013; Clarkin et al., 1999; Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2015).

Подобное поведение может отражать либо отчаянные попытки справиться с невыносимым аффектом, либо неспособность регулировать импульсы, либо и то и другое вместе. По большому счету люди с личностной патологией, достаточно тяжелой, чтобы соответствовать диагнозу личностное расстройство по DSM, функционируют на пограничном уровне организации, независимо от того, как это конкретное личностное расстройство называется в DSM (например, Yeomans et al., 2015). Пограничный уровень личностной организации подразделяется на высший (ближе к границе с невротами), куда входят пациенты, чье общее личностное проявление ближе к невротической личностной организации (Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007), и низший (ближе к границе с психозами), где находятся пациенты с более выраженным дефицитом (Clarkin et al., 2006; Kernberg, 1984). Разные уровни могут требовать разных терапевтических подходов: более исследовательский (интерпретативный, ориентированный на инсайт) для высшего уровня и поддерживающий, нацеленный на формирование потенциала — для низшего.

Специалисты, чьи описания пациентов были исследованы при помощи опросника Шедлера — Вестена (Shedler — Westen Assessment Procedure (SWAP); Lingardi, Shedler & Gazzillo, 2006; Shedler, 2015; Westen & Shedler, 1999a, 1999b, 2007; Westen, Shedler, Bradley & DeFife, 2012), особо выделяли проблемы с регуляцией аффектов и импульсов среди лиц с пограничной личностной организацией. Они отмечали чрезмерность и незрелость эмоций таких пациентов, а также использование ими защит, которые принято называть примитивными, незрелыми или затратными (см., например, Cramer, 2006; Kernberg, 1984; Kramer, de Roten, Perry & Despland, 2013; Laughlin, 1979; Perry & Cooper, 1989; Perry & Presniak, 2013; Perry, Presniak & Olson, 2013; Vaillant, Bond & Vaillant, 1986). Учитывая, что невротические пациенты также могут использовать примитивные защиты во время стресса, видится спорным, что для дифференциации пограничной психологии и невротической можно опираться в большей степени на присутствие незрелых защит, чем на отсутствие зрелых (McWilliams, 2011).

Наиболее часто упоминаемыми среди затратных или примитивных защит являются расщепление и проективная идентификация. «Расщепление» — это склонность к разделению перцепций и чувств на «хорошие» и «плохие» и, как следствие, к восприятию себя и других в карикатурных черно-белых, абсолютно хороших или абсолютно плохих категориях (например, как героев и спасателей, злодеев и обидчиков, или как безразличных свидетелей жестокого обращения). Результатом расщепления может стать восприятие одних людей как «абсолютно хороших», а других как «абсолютно плохих» или чередование противоречивых представлений об одном и том же человеке (e.g., Gairdner, 2002; Main, 1957).

Расщепление приводит к невозможности интегрировать различные аспекты идентичности в единое целое. Следовательно, пациенты, чьи личности ор-

ганизованы на пограничном уровне, демонстрируют диффузию идентичности: их взгляды, ценности, цели и чувства к себе нестабильны и переменчивы, а самооценка может колебаться между поляризованными крайностями. Такие пациенты могут выглядеть совершенно по-разному в разных ситуациях, так как на поверхность выходят различные «отщепленные» части их идентичности. Например, когда им хорошо, они могут не проявлять никакого беспокойства по поводу того, что были настолько подавлены на прошлой неделе, что думали о суициде. А находясь в депрессии, не имеют доступа ни к каким положительным чувствам и положительному самовосприятию.

Проективная идентификация подразумевает непризнание тревожащего аспекта своей личности и приписывание его другому человеку (например, терапевту), а затем обращение с этим человеком соответственно до тех пор, пока в конечном итоге у него не появятся те чувства, которые были спроецированы с такой убежденностью. При работе с проективной идентификацией терапевт может чувствовать такое сильное принуждение со стороны пациента соответствовать проекции, что у него возникает ощущение, как будто его психика была захвачена или колонизирована (Gabbard, 2009a).

К другим защитам, характерным для людей с пограничным уровнем организации, относятся отрицание (игнорирование или непризнание тревожных аспектов реальности, как будто их не существует); примитивная изоляция (уход в фантазии); неизбирательные формы интроекции (иногда еще интроективная идентификация — «помещение внутрь себя» чьих-то характеристик, взглядов и даже манер целиком); «всемогущий контроль» (отношение к другому как к своему продолжению без учета того, что он отдельный человек); «отыгрывание» (повторяющееся проживание вовне своей внутренней драмы, которая не может быть вспомнена, пережита и концептуализирована); соматизация (развитие физических симптомов в условиях стресса); примитивная диссоциация (отсутствие согласованности между различными аспектами переживания или переключение личностных состояний без сохранения ощущения непрерывности); примитивная идеализация (восприятие другого как абсолютно хорошего и всемогущего, подобно тому, как ребенок воспринимает обожаемого взрослого) и примитивное обесценивание (восприятие другого как абсолютно ничтожного, лишеного каких-либо хороших качеств). Вайлант в своих исследованиях (Vaillant, 1992) к списку психологически затратных защит, которые могут сопровождать тяжелые личностные расстройства, добавляет ипохондрическую озабоченность и пассивную агрессию.

Деление защит на примитивные, или незрелые, и на зрелые, или высшего порядка, несмотря на недостаток исследований в этой области, стало общепринятым в литературе, посвященной тяжелым личностным расстройствам, а также в эмпирических исследованиях психологических защит (например, Cramer, 2006, 2015; Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen & Lingiardi, 2014; Drapeau, De Roten, Perry & Despland, 2003; Hibbard & Porcerelli, 1998; Lingiardi, Lonati, Fossati, Vanzulli & Maffei, 1999; Perry, 1990, 1993; Perry & Kardos, 1995; Perry, Kardos & Pagano, 1993; Porcerelli, Cogan, Kamoo & Miller, 2010; Porcerelli & Hibbard, 2004). (См. подробное обсуждение защит в приложении 1.2 в конце главы.)

В отличие от доброжелательного сочувствия, которое обычно вызывают у терапевта пациенты с невротическим уровнем организации личности, пациенты на пограничном уровне, особенно на его нижнем крае, вызывают интенсивные эмоции, с которыми терапевту не так просто справиться и которые не так просто контейнировать. Обычно это негативные эмоции, например, страх, растерянность, беспомощность или враждебность. Также могут возникать мощные фантазии о спасении, сексуальное желание или желание вылечить пациента любовью (Betan, Heim, Zittel Conklin & Westen, 2005; Bourke & Grenyer, 2010; Colli, Tanzilli, Dimaggio & Lingardi, 2014; Dahl, Røssberg, Bøgwald, Gabbard & Høglend, 2012; Gazzillo et al., 2015; Lingardi, Tanzilli & Colli, 2015b; Røssberg, Karterud, Pedersen & Friis, 2007). Люди с тяжелыми личностными расстройствами нередко провоцируют терапевтов на действия, не согласующиеся с их профессиональной ролью. Терапевты могут почувствовать желание проявить агрессию в отношении таких пациентов или нарушить профессиональные границы во имя «спасения» пациента (Groves, 1978; Guthiel, 2005; Kernberg, 1984).

Психотический уровень организации

Традиционно понятие психоза подразумевает потерю контакта с реальностью. Некоторые пациенты, у которых никогда не был диагностирован психоз или у которых случались кратковременные психотические эпизоды, проходившие полностью, могут, тем не менее, обладать психотическими чертами, такими как чрезмерно обобщающее, конкретное или причудливое мышление, неадекватное социальное поведение, сильная всепроникающая тревога аннигиляции, а также непоколебимая уверенность в том, что их собственное представление о каком-либо человеке верно, невзирая на то, что этот человек говорит или делает. Люди с наиболее тяжелыми личностными расстройствами могут помещать свои мысли и чувства в других, быть абсолютно убежденными в правоте своих самых ошибочных представлений и действовать на основе этих представлений. Чтобы защититься от ужасающей тревоги, они используют такие примитивные защитные механизмы, как психотическое отрицание, аутистический уход, искажение реальности, бредовая проекция, фрагментация и конкретизация (Berney, De Roten, Beretta, Kramer & Despland, 2014; Vaillant, 1971).

Психотический уровень организации личности подразумевает диффузию идентичности, слабую дифференциацию репрезентации себя и других, недостаточное различие фантазии и внешней реальности, зависимость от примитивных защит и серьезный дефицит тестирования реальности. Примером человека с психотической организацией личности может служить мужчина, который преследует объект своей любви в полной уверенности, что этот человек «действительно» любит его, невзирая на все протесты. Подобное поведение демонстрирует как дефицит тестирования реальности, так и слабую дифференциацию репрезентации себя и других.

Опытные терапевты уже давно утверждают, что могут понять, когда перед ними пациент с психотической организацией личности, даже если ему никогда не диагностировали психоз. К клиническим исследованиям, признаю-

щим психотический диапазон функционирования, относятся работы Биона (1967), Кернберга (1984), Мак-Вильямс (2015), Розенфельда (1987), Стайнера (1993, 2011) и других. В то же время в рамках медицинской модели исследователи склонны думать о психозе как об отдельном заболевании. С момента публикации первого издания «Руководства по психодинамической диагностике» (PDM) клиническая польза понимания психотического диапазона функционирования личности получила дополнительную исследовательскую поддержку (см. Lingiardi, McWilliams, Bornstein, Gazzillo & Gordon, 2015a). В этой связи надо отметить, что в DSM-5 шизотипическое личностное расстройство включено как в раздел «личностные расстройства», так и в «расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства», так как предполагается, что одна и та же клиническая картина может отражать и личностный синдром, и психотическое заболевание, или некую комбинацию обоих (см. также главу 3 данного руководства, посвященную Оси S).

Наглядным примером полезности понимания того, как функционируют люди на психотическом уровне, могут быть анорексичные пациенты, которым угрожает голодная смерть, но которые при этом продолжают утверждать, что у них избыточный вес, или люди с сильными навязчивыми состояниями (например, патологическое накопительство), которые зависят от своих ритуалов и испытывают тревогу аннигиляции, если их просят не следовать своим навязчивостям, также соматизирующие пациенты, воспринимающие свои тела как садистичных преследователей, пациенты с диссоциацией, не могущие отличить прошлую травму от настоящей реальности, пациенты с тяжелыми формами симулятивного расстройства¹ и, наконец, лица, страдающие рецидивирующими и тяжелыми параноидальными реакциями, даже при отсутствии галлюцинаций или открытого бреда. Во всех этих случаях идеи фикс данных пациентов настолько сильны, что приближаются к бреду. Попытки поставить под сомнение их убеждения вызывают у пациентов тревогу и враждебность. Они могут начать воспринимать своих терапевтов как угрозу.

Клиническое значение степени тяжести расстройства для психотерапии

Для опытного терапевта расположение пациента на континууме тяжести расстройств имеет решающее значение при выборе фокуса терапии, степени активности терапевта, определения продолжительности и частоты сессий и других аспектов работы. Иногда приспособление к пациенту происходит интуитивно, иногда опирается на полученное терапевтом знание о «континууме психотерапии», от исследующей до поддерживающей, который приблизительно коррелирует с континуумом уровней организации личности. Включение

¹ Симулятивное расстройство (*factitious disorder*), или патомимия, — поведенческое расстройство. Пациенты с этим расстройством обращаются к врачу с самыми разнообразными физическими или психическими жалобами и/или симптомами, которые они сами у себя вызвали, сохраняют их и поддерживают. Одной из диагностических проблем в таких случаях является то, что уровень реальности предъявляемых жалоб и/или симптомов таков, что пациенту удается убедить врача в том, что речь идет о возможном серьезном заболевании. — *Здесь и далее примечания переводчика, если не указано иное.*

в PDM-2 главы, содержащей описание инструментов оценки (см. главу 15), и раздела «Наиболее релевантные инструменты оценки» для каждой способности по Оси М (см. главу 2) имеет, помимо прочего, цель облегчить клиницистам процесс оценки общего уровня функционирования каждого пациента, наряду с сильными и слабыми сторонами в конкретных областях.

Из оценки степени тяжести личностного расстройства следуют, как правило, некоторые выводы. Во-первых, нужно сделать оговорку: мы предлагаем общие рекомендации, из которых может быть ряд исключений, так что они не являются правилами. Описанные уровни не имеют четких границ, и, как отмечали многие клиницисты, даже психологически здоровый человек может выглядеть как пограничный или психотик в ситуации серьезного непонимания или стресса. Недооценка культурных различий может привести к тому, что терапевт будет «патологизировать» пациента, чье поведение ему непонятно, но является вполне адекватным в рамках определенной культуры. И, наконец, уникальные качества конкретного пациента могут выходить за рамки общепринятых клинических рекомендаций относительно степени тяжести расстройства.

Людям, чей уровень организации личности находится в диапазоне от невротического до здорового, обычно подходит психодинамическая или психоаналитическая терапия, фокусирующаяся на понимании себя и инсайте (Grenyer, 2012; National Health and Medical Research Council, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009; Project Air Strategy, 2015; Zanarini, 2009). К ним могут быть применены и другие терапевтические подходы, так как их способность формировать терапевтический альянс улучшает прогноз любого лечения. Они, скорее всего, будут принимать лекарства в соответствии с предписанием при фармакологическом лечении, выполнять домашние задания в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), а также испытывать и выражать чувства, вызванные в эмоционально-ориентированном подходе.

Пациентам с личностными расстройствами значительную помощь может оказать долгосрочная терапия или терапия с открытым концом (Caligor et al., 2007). Существуют данные и о том, что краткосрочные, сфокусированные на цели подходы также могут оказать на них благотворное влияние (Abbass, 2015; Abbass et al., 2014; Abbass, Town & Driessen, 2011; Town, Abbass & Hardy, 2011), особенно на тех, кто ранее проходил долгосрочную психотерапию (Grenyer, Deane & Lewis, 2008). Терапевт обычно может довольно быстро установить надежный рабочий альянс с невротическим пациентом и ощущать сотрудничество благодаря способности пациента к самонаблюдению. Регрессивные реакции могут быть сконтейнированы внутри терапевтического часа. Это значит, что такие пациенты могут осознавать свои сильные примитивные чувства по отношению к другим людям, включая терапевта, но в конце сессии они обычно собираются и продолжают нормальное функционирование.

Переносы менее нарушенных пациентов сопровождаются их способностью понимать, что определенные реакции на терапевта являются именно переносными. Так что терапевт, как правило, может их разрешить без причинения сильного ущерба самооценке пациента. Например, тревожная женщина воспринимает терапевта как свою мать. Когда терапевт обращает ее внимание на

эту реакцию, она испытывает скорее интерес, чем обиду. Контрперенос с хорошо функционирующими людьми обычно умеренный. Терапевт переживает его скорее как интересный, чем как эмоционально разрушительный (см. также Gazzillo et al., 2015). Поскольку менее нарушенные пациенты обычно хорошо переносят тревогу и неопределенность, открытое исследование, как правило, способствует раскрытию, обучению и продвижению, поддерживая в них чувство значимости и смягчая печаль от сделанных открытий. Обнаружение источника их настоящих чувств и поведения в прошлом вносит свой вклад в мотивацию к изменениям.

Пациентам в пограничном диапазоне необходимы такие терапевтические отношения, которые бы учитывали их интенсивную тревогу, сильную реактивность, готовность к дезорганизирующей регрессии, отсутствие константности «я» и объекта, а также глубокие страхи, которые сосуществуют с сильной потребностью в привязанности. Этим пациентам помогают четкие границы и структура, также им нужен сравнительно активно вовлеченный терапевт, чтобы они могли почувствовать его как «реального человека» (следовательно, ни психоаналитическая кушетка, ни продолжительное молчание им обычно не полезны). Пограничные пациенты испытывают сильные страдания и потому могут пробуждать в терапевте желание откликнуться на их нужды и стать более доступным, приспособив свою терапевтическую технику под их состояние. Но изменение установленной терапевтической рамки (например, необычно долгие или частые сессии, сессии во время выходных и каникул или доступность терапевта в любое время на случай экстренных ситуаций), как правило, контрпродуктивно. Отступление от терапевтической рамки может вызвать у пациента неуправляемую регрессию и болезненную эмоциональную дезорганизацию, а терапевта привести к ощущению истощенности и перегруженности. Коротко говоря, терапевтическая рамка обеспечивает безопасность и надежность, необходимые для обоих участников терапевтического процесса.

Какая бы терапевтическая рамка ни была установлена обоими участниками (в плане частоты сессий, оплаты, продолжительности и т. д.), терапевт должен следить за ее сохранением и помогать пациенту выражать негативные чувства по поводу существующих ограничений. Многие терапевты вводят специальное условие по поводу актов самоповреждения: продолжительность терапевтических отношений будет зависеть от способности пациента контролировать свое самоповреждающее поведение. Терапевт также должен быть в состоянии поддерживать свою заинтересованность в лечении на протяжении долгого времени. Пациенты с пограничной организацией бывают очень чувствительны к переменам настроения своих терапевтов и могут испугаться того, что их хотят покинуть. Их наиболее тревожные симптомы могут возвращаться во время разлук с терапевтом, а также, как ни парадоксально, во время кризисов в лечении, вызванных улучшением их состояния, появлением доверия и веры в терапевтические отношения (см. также Bion, 1967; Grotstein, 2009; Rosenfeld, 1987).

Переносы таких пациентов, как правило, очень интенсивные, и им самим трудно увидеть свой перенос. Например, мужчина воспринимает своего тера-

пелта то как безразличного, то как контролирующего. Когда терапевт делает предположение, что пациент реагирует на него как на свою мать, тот может ответить: «Да, мне просто не повезло, что мой терапевт такой же, как моя мать». Часто невербальное поведение пограничного пациента и контрпереносные реакции терапевта дают больше полезной информации, чем вербальные коммуникации пациента. Исследование предпосылок из прошлого нынешнего поведения пациента с пограничной организацией может не способствовать изменениям. Более того, оно может использоваться пациентом для рационализации отсутствия изменений (т. е. «Как я могу быть другим, учитывая мое ненормальное детство?!»). Поэтому лечение должно в основном фокусироваться на здесь-и-сейчас, особенно на том, как пациент переживает отношения с терапевтом (Grenyer, 2012; Stern et al., 1998).

Как правило, пациентам с пограничной организацией личности помогает активный и структурированный терапевтический подход, допускающий аффективную экспрессию как со стороны пациента, так и со стороны терапевта (McCarthy, Mergenthaler, Schneider & Grenyer, 2011). Поскольку такие пациенты часто сами знают, что вызывают сильные реакции у других, и поскольку они, скорее всего, расценят нейтральное отношение как негативное (Dargos, Zakzanis & Ruocco, 2013), терапевты, старающиеся выглядеть неактивными, могут восприниматься ими как неискренние или опасно дистантные.

К клиническим теоретикам, разработавшим специальные терапевтические подходы для пациентов пограничного спектра (включая пограничное личностное расстройство по DSM), можно отнести Питера Фонаги (Peter Fonagy), Джона Гандерсона (John Gunderson), Отто Кернберга (Otto Kernberg), Маршу Линехан (Marsha Linehan), Джованни Лиотти (Giovanni Liotti), Джеймса Мастерсона (James Masterson), Расселла Мирза (Russell Meares), Джеффри Янга (Jeffrey Young) и их коллег. И хотя их конкретные рекомендации различаются, все они советуют уделять особое внимание терапевтическим отношениям, договоренностям по поводу самодеструктивного поведения, прояснению и соблюдению границ, просвещению пациентов по таким вопросам, как травма и эмоциональная регуляция, удержанию фокуса терапии на текущих проблемах и развитию способности к самонаблюдению. Все авторы подчеркивают особую уязвимость этих людей к вопросам сепарации. Они отмечают, что терапевтам при работе с такими пациентами необходимо быть готовыми выдерживать сильные контрпереносные чувства (особенно беспомощность и подавленность) и получать консультации и поддержку от коллег.

Пациентам, чья личность организована на психотическом уровне, нужны особо внимательные, общительные и трезвомыслящие терапевты. Терпение также имеет важное значение: у пациентов этого спектра речь может быть обедненной, что сильно затрудняет их рассказы о себе (Carter & Grenyer, 2012). Согласно традиционному психоаналитическому мышлению, людям с психотической организацией личности больше подходит поддерживающая терапия, а не эксплоративная (исследовательская), то есть терапия, поддерживающая функции и защиты эго, а не ослабляющая их (Federn, 1952). Но в реальности эксплоративный подход содержит в себе элементы поддерж-

ки, а поддерживающий — элементы исследования, так что попытки разграничить эти подходы в клинической литературе выглядят весьма спорно (см. Appelbaum, 2005, 2008; Hellerstein, Pinsker, Rosenthal & Klee, 1994; Pinsker, 1997; Rockland, 1989).

Однако мы заметили, что терапевты, имеющие большой опыт работы с психотическими пациентами, предпочитают отвечать на вопросы, а не придерживаться правила абстиненции, дают советы, занимаются нормализацией и контекстуализацией тревожных переживаний пациента, выявляют триггеры ухудшения психического состояния, просвещают пациентов в затруднительных для них вопросах эмоций, когниции и поведения, раскрывают пациентам элементы своей личности и опыта, чтобы он мог почувствовать себя лучше понятым и менее «сумасшедшим». Они стараются вести себя с пациентом как «реальные люди»: проявлять беспокойство, быть вежливыми, простыми и дружелюбными (Atwood, 2011; Garrett & Turkington, 2011; Karon & VandenBos, 1981; Lotterman, 1996, 2015; Silver, 1989, 2003; Sullivan, 1962).

Эти терапевты умеют выдерживать сильную тревогу (например, тревогу аннигиляции), от которой страдают пациенты психотического спектра (см., например, Hurvich, 2003; Porges, 2011). Иногда им приходится контролировать прием лекарств пациентом и находить способы подкрепления навыков самообслуживания. Они скорее ищут сильные стороны своих пациентов и опираются на них, чем поощряют снятие защит и самораскрытие, пугающее этих хрупких личностей. Позиция таких терапевтов достаточно авторитетна, чтобы пациенты чувствовали себя в безопасности и могли положиться на их заботу, а также были уверены, что терапевты не разрушатся от их патологии. В то же самое время терапевты демонстрируют свое глубокое уважение к пациентам и общаются с ними на равных, чтобы пациенты не почувствовали себя униженными в связи со своими симптомами (или даже просто из-за того, что им нужна помощь). Они придают особое значение безопасности и фокусируются на тех вопросах, которые больше всего беспокоят пациентов, а не на тех, которые кажутся наиболее важными им самим (Garrett, 2012; Sullivan, 1953, 1962).

Дополнительные комментарии по стилям и расстройствам личности

Существует множество способов провести психологическое различие между двумя людьми, хотя все они, конечно же, являются сильным упрощением. Любой клиницист, который близко узнает пациента, со временем понимает, что этот человек больше не подходит под четкую диагностическую конструкцию. На первый план выходит индивидуальность человека. Это особенно верно в отношении пациентов, находящихся на «здоровом» конце спектра, которые, как правило, демонстрируют смешение личностных стилей. Чем ближе к «больному» концу спектра, тем выраженнее становятся примеры личностных стилей. Тем не менее клинически полезно учитывать личностный стиль или стили, характеризующие человека. Это помогает контекстуализировать жалобы и симптомы, а также обеспечивает терапевта предварительной картой основных

особенностей рельефа внутреннего ландшафта человека. Стили личности, или синдромы (или расстройства, где степень дисфункции оправдывает употребление этого термина), включенные в Ось Р, представляют собой синтез эмпирических исследований и клинических знаний и теорий, накопленных за несколько поколений клинических наблюдений.

Мы не можем утверждать, что описываемые нами синдромы являются четкими категориями, к которым пациент либо относится, либо нет. Лучше понимать их как прототипы или «идеалы», которым личность соответствует в большей или меньшей степени (см. Shedler, 2015; Westen et al., 2012). Другими словами, личностные синдромы — это нечеткие множества, или континуумы, не имеющие резко очерченных границ, и степень принадлежности к личностному синдрому может варьироваться от «неприменимый» или «несоответствующий» до «высокая степень соответствия».

Поскольку синдромы, включенные в Ось Р, расположены на континууме от относительного здоровья до тяжелой патологии, мы стараемся избегать наложения термина «расстройство» на их описание и употребляем вместо него «личностные стили», «паттерны», «типы» или «синдромы», используя данные термины взаимозаменяемо. И все-таки некоторые синдромы чаще встречаются в здоровом диапазоне организации личности, тогда как другие — в более нарушенных диапазонах, как уже было отмечено нами ранее. Например, психопатические личности, чьи защитные механизмы включают всемогущий контроль, проекцию, отрицание и расщепление (Meloy, 1997), в основном располагаются на пограничном или психотическом уровне (Gascono & Meloy, 1994). Личностные синдромы, характеризующиеся менее затратными защитами (например, интеллектуализация у обсессивно-компульсивных личностей), чаще обнаруживаются на невротическом уровне спектра. Пограничное расстройство личности является особым случаем, так как синдром по своей сути связан с пограничным уровнем организации и обязательно указывает на уровень дисфункции, оправдывающий термин «расстройство».

Интернализация и экстернализация как ключевые характеристики

У одних личностных синдромов обнаруживается между собой больше сходства, чем у других. Существуют различные способы организации психологических синдромов и симптомов в группы (например, в DSM патологии личности делятся на кластеры А, В и С). Полагаясь как на клинические, так и на эмпирические данные, мы группируем синдромы (за исключением пограничного личностного расстройства) на Оси Р в соответствии с двумя эмпирически выявленными характеристиками — «интернализация» и «экстернализация» (Westen et al., 2012). Сначала мы рассматриваем тех личностей, которые больше используют интернализацию (депрессивные, зависимые, тревожно-избегающие, фобические, обсессивно-компульсивные, соматизирующие и шизоидные), а затем тех, кто больше склонен к экстернализации (истерически-гистрионные, нарциссические, параноидные, психопатические и садистические).

Если прибегнуть к обобщению, пациенты, патология личности которых основывается на интернализации, страдают «внутри себя». Они склонны обвинять в своих проблемах себя и хронически уязвимы перед депрессией и тревогой. Пациенты с экстернализацией скорее причиняют страдание другим (хотя некоторые из них, особенно истерически-гистрионные и нарциссические личности, могут также испытывать глубокие внутренние страдания). Они обвиняют других людей в своих трудностях и более склонны к гневу и агрессии. Пограничное личностное расстройство не может быть однозначно отнесено ни к одной из групп. В отличие от пациентов со стабильной интернализацией или стабильной экстернализацией, их лучше описать как «стабильно нестабильных» (Schmideberg, 1959), постоянно колеблющихся между эмоциональными характеристиками патологий, основанных как на интернализации, так и на экстернализации (т. е. депрессия, тревога, гнев). (Подробное обсуждение интернализации и экстернализации см. в Westen et al., 2012.)

Последовательность личностных тем, непоследовательность поведения

Клинический опыт и результаты исследований показывают, что в основе стилей личности и синдромов лежат определенные бессознательные темы (например, Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss, Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Эти темы порождают поведение, которое может показаться непоследовательным, но при этом выражающим одну и ту же тему. Например, обсессивно-компульсивный мужчина, бессознательно озабоченный вопросом контроля агрессии, может быть либо навязчиво точным, либо постоянно опаздывающим, брезгливо-аккуратным в большинстве областей, но невероятно неопрятным в других, заискивающе-уступчивым или упрямо-оппозиционным — все зависит от того, каким образом в данный момент он пытается решить проблему контроля со стороны других (см. также обсуждение терминов «личность» и «характер» в приложении 1.2 в конце данной главы).

Женщина с истерической динамикой личности, бессознательно озабоченная вопросами сексуальности, пола и их отношением к власти, может быть либо распушенной, либо сдержанной, либо и той и другой (т. е. очень соблазняющей, но при этом безразличной и недовольной текущими сексуальными отношениями из-за бессознательного страха или зависти к предполагаемой власти мужчины). Человек с параноидной личностью может колебаться между желанием напасть на других и страхом перед нападением с их стороны. Определенные черты (такие как аккуратность, сексуальная экспрессивность и провокативность из приведенных примеров) часто сосуществуют с кажущимися противоположностями. Личностные различия скорее зависят от нижележащих тем, схем и внутренних конфликтов, чем от видимых различий в поведении, которые могут являться выражением одной и той же бессознательной проблемы (McWilliams, 2012).

Депрессивные личности (в том числе замечания относительно гипоманиакальных проявлений и мазохизма)

Депрессивная личность — это, пожалуй, самый распространенный синдром, встречающийся в клинической практике (Shedler & Westen, 2004). Такие люди находят мало удовольствия в повседневной деятельности и хронически подвержены болезненным аффектам, особенно депрессии, вине, стыду и чувству собственной неполноценности. Они испытывают конфликт в отношении удовольствий и подавляют или сдерживают такие позитивные чувства, как радость, восторг и гордость. Преобладающие у них психологические темы сосредоточены вокруг нападения на себя (т. е. «агрессия, обращенная вовнутрь») или отвержения и потери, или и того и другого.

Депрессивные личности могут быть очень самокритичными или самонаказующими, предъявляя к себе нереалистичные требования и обвиняя себя, если что-то пошло не так. Они могут бояться того, что их отвергнут или оставят, чувствовать себя одиноко даже в присутствии других людей, испытывать всепроникающее чувство, что кто-то или что-то, необходимое для их благополучия, было потеряно для них навсегда. Лица с депрессивной личностью часто не осознают свой гнев и враждебность. Депрессия, самокритика или самонаказание часто являются защитами от осознания нижележащей агрессии (подробное описание см. в Westen et al., 2012).

Депрессивное состояние таких людей может достигать интенсивности, необходимой для постановки диагноза аффективного расстройства, а может и не достигать. Кроме того, не все, кто хронически подвержен депрессивным симптомам, обладают депрессивной личностью, организованной вокруг тем, описанных выше. Исследования показали, что существует множество случаев наступления депрессии в качестве части симптоматического синдрома (Nuprich, DeFife & Westen, 2014).

Некоторые исследователи, изучающие аффективные расстройства, рассматривают явления, которые мы обсуждаем в данном разделе, прежде всего с точки зрения хронического аффективного расстройства (например, рецидивирующая глубокая депрессия и/или хроническая субсиндромальная депрессия, см. Gwirtsman, Blehar, McCullough & Kocsis, 1997). И хотя аффективные расстройства и депрессивная личность обычно встречаются вместе, нужно отличать депрессивную личность от аффективных расстройств как таковых (см. приложение 1.2 к данной главе). Личность более постоянна, в то время как аффективные расстройства носят периодический характер с обострениями и ремиссиями. В первом случае в глаза бросаются прочно укоренившиеся и повторяющиеся личностные темы, которые усиливаются при стрессе. Во втором — вегетативные симптомы (например, психомоторная заторможенность, изменение аппетита, нарушение сна, снижение сексуального интереса), интенсивность дисфорического аффекта и относительное несоответствие между выраженностью аффективного расстройства и общим психологическим функционированием. В то

время как антидепрессанты могут облегчить страдания у некоторых пациентов с аффективными расстройствами, они, как правило, не оказывают никакого эффекта на самокритику и страх отвержения у депрессивных личностей.

Блатт и его коллеги (Blatt, 2008; Blatt & Bers, 1993) разграничили два вида депрессивного аффекта: интроективный (который ранние психоаналитики называли меланхолическим), характеризующийся самокритикой, самонаказанием и виной, и анаклитический, характеризующийся чувствительностью к потерям и отвержению, а также чувством пустоты, неполноценности и стыда.

Интроективные депрессивные люди бранят себя за реальные или вымышленные упущения и недостатки и реагируют на неудачи убежденностью в собственной виновности (тенденция, которую когнитивные терапевты описали с точки зрения «атрибутивного стиля», например, Peterson & Seligman, 1984). Такая готовность винить себя может быть остатком детской привычки в трудной семейной ситуации отрицать, что их опекуны пренебрежительны, жестоки или хрупки (это слишком страшно), и списывать свои страдания на собственную плохость — это то, что они могут как-то контролировать. Таким образом, интроективные депрессивные личности изо всех сил пытаются быть «хорошими», но редко остаются довольны собой.

Анаклитические депрессивные личности демонстрируют сильное страдание и дезорганизацию перед лицом потери и сепарации. Их психология организована вокруг тем отношений, привязанности, доверия, близости и тепла или отсутствия таковых. Они скорее чувствуют себя опустошенными, одинокими, неполноценными, беспомощными и слабыми, чем стремящимися к совершенству и чрезмерно самокритичными. Они часто жалуются на экзистенциальное отчаяние и ощущение, что их жизнь пуста и бессмысленна. Шедлер (Shedler, 2015) и Вестен с коллегами (Westen and colleagues, 2012) эмпирически выявили депрессивный личностный синдром, при котором могут быть выражены как интроективные, так и анаклитические черты.

Контрперенос в отношении пациентов с депрессивной личностью, особенно тех, кто находится на высоком (например, невротическом) уровне организации, как правило, позитивный. Терапевтические сессии проходят в атмосфере сотрудничества, терапевт и пациент испытывают теплые чувства друг к другу, терапевт доволен собой и совместной работой. Терапевты называют таких пациентов «хорошими». Клиническая задача в данном случае заключается в том, чтобы признать, что позитивные чувства могут возникать как раз из того паттерна, который пациенту необходимо изменить в случае успешной терапии. А именно: терапевт может чувствовать себя хорошо, потому что пациент воссоздает модель подчинения своих нужд другим (в данном случае — нуждам терапевта), взваливая на себя ответственность и вину за неизбежные разочарования и фрустрации, возникающие в ходе терапии, или защищаясь от осознания неудовлетворенности и гнева в терапевтических отношениях.

При лечении пациента с депрессивной личностью терапевту чрезвычайно важно распознавать и приветствовать выражение пациентом негативных чувств, особенно враждебности и недовольства. Когда присутствуют темы самокритики и самонаказания (интроективные темы), пациенту будет полезно осознать, что

таким образом он защищается от злости и недовольства по отношению к другим и направляет эти чувства на себя. А когда на первый план выходит беспокойство по поводу отвержения и потери (анаклитические темы), пациенту будет полезен опыт принятия его несовершенств и «плохости» в контексте отношений. Если доминирует тема потери, пациенту может понадобиться помощь терапевта, чтобы отгоревать то, что было потеряно, прежде чем он сможет эмоционально инвестировать в то, что предлагает ему жизнь в настоящий момент. Таким образом, пациенты с депрессивной личностью получают пользу в терапии как от интерпретационного аспекта, так и от терапевтических отношений.

Гипоманиакальные защиты от депрессивного аффекта

В клинической литературе существует описание феномена, который традиционно называют «гипоманиакальной личностью», когда неуместный и неестественный оптимизм и активность защищают от скрытых депрессивных тем. Термин «гипоманиакальный» легко вызывает путаницу, так как может обозначать различные понятия: защитный стиль (в психоаналитической литературе) и один из полюсов биполярного аффективного расстройства (в психиатрической литературе в целом).

Гипоманиакальной личности традиционно свойственны слегка приподнятое настроение, высокий уровень активности, заметное отсутствие вины, завышенная самооценка, склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, а также остроумие и обаяние в контексте довольно поверхностных межличностных отношений (Akhtar, 1992). Тот факт, что эти характеристики полярно противоположны депрессивным, заставил предполагать, что подобная клиническая картина обязательно отражает биполярную предрасположенность. Но мы полагаем, что тщательная оценка выявляет биполярную этиологию у одних пациентов и личностный стиль у других. Там, где подобное поведение является отражением защитного стиля, а не субклинического биполярного аффективного расстройства, интерпретация относительно его защитной функции (например, «Похоже, что вы прикладываете много усилий, стараясь избежать печали») может открыть путь для новых решений старых психологических проблем. В случае биполярных расстройств подобные интервенции малоэффективны.

Поначалу пациенты с гипоманиакальной личностью кажутся терапевту очаровательными, но вскоре он может почувствовать, что его сбивают с толку, перевозбуждают, раздражающе «развлекают» и отодвигают. Гипоманиакальным личностям эксплоративная терапия, как правило, не помогает. По сути, им трудно удержаться в терапии, так как они стремятся убежать от отношений, которые пробуждают в них чувство зависимости. Подсознательно они боятся быть брошенными и, чтобы совладать с этим страхом, бросают сами. Гипоманиакальные личности встречаются на всех уровнях функционирования. В зависимости от других психологических факторов и обстоятельств гипоманиакальные защиты могут быть чрезвычайно затратными или очень адаптивными (или и то и другое).

Многие терапевты, диагностировав у пациента гипоманиакальный личностный стиль, обращают его внимание на случаи резкого ухода из отношений,