Тема: Проблема межових станів особистості як напрям клінічної психології.

План

1. Загальна характеристика межового стану особистості.
2. Діалектично-поведінкова терапія («ДПТ») як метод психотерапії межових станів особистості.

1. Загальна характеристика межового стану особистості.

Вивчення межових станів особистості є однією з найбільш дискусійних та динамічних тем у сучасній клінічній психології, патопсихології та психіатрії. Тривалий час у науці існував чіткий дуалізм: психіку пацієнтів ділили на «невротичну» (умовна норма, збережений зв'язок із реальністю, але наявність внутрішнього конфлікту) та «психотичну» (глибоке порушення психіки з втратою тестування реальності, маренням та галюцинаціями).

Проте клінічна практика XX століття показала, що величезна група пацієнтів не підпадає під жодну з цих категорій. У 1938 році американський психоаналітик **Адольф Штерн** уперше ввів термін **«межовий» (borderline)** для опису групи людей, які перебували «на межі» між неврозом та психозом. Вони не мали хронічних галюцинацій, але їхній рівень дезадаптimestamp, емоційної нестабільності та руйнування міжособистісних зв'язків був неспівмірним із класичним неврозом.

Межові стани особистості досліджує риси на межі неврозу та психозу.

Термін «межовий» історично виник через те, що цей стан вважали межею між неврозом та психозом. Зокрема, межовий стан особистості - це психоаналітичний термін.

Межовий стан особистості — це структурна концепція, що описує специфічний **рівень організації психіки**, який перебуває на континуумі між *невротичним* (здоровим) та *психотичним* рівнями.

Концепцію детально розробив психоаналітик Отто Кернберг (Otto Kernberg).

Ключові характеристики межового рівня організації:

1. **Дифузія ідентичності:** Суперечливе, нестабільне уявлення про себе та інших. Відсутнє цілісне відчуття «хто я є».
2. **Переважання примітивних захисних механізмів:**

- **Розщеплення (Splitting):** Світ, люди та власні відчуття діляться суворо на «абсолютно хороше» і «абсолютно погане» (чорно-біле мислення) без проміжних відтінків.

- **Проективна ідентифікація:** Проектування власних неприйнятних імпульсів на іншого з подальшою спробою його контролювати.

- **Ідеалізація та знецінення:** Швидкий перехід від захоплення людиною до її повного заперечення.

- **Збережений тестування реальності:** На відміну від психотичного рівня, людина орієнтується в часі, місці, власній особі та розуміє загальноприйняту соціальну реальність. Проте в умовах сильного стресу чи емоційного афекту це тестування реальності може тимчасово розмиватися (параноїдні думки, мікропсихотичні епізоди).

3. **Низький толерантність до афекту та імпульсивність:** Важкість у регуляції інтенсивних емоцій (гнів, сором, тривога).

Важливо: Межовий рівень організації особистості є підґрунтям для цілого спектра розладів особистості (не лише межового, а й нарцисичного, гістріонного, антисоціального тощо).

Внутрішній афективний світ межової особистості

Людина з межовою організацією психіки проживає життя у специфічному емоційному ландшафті:

- **Базовий афект — Дисфорія та Порожнеча):** Це не просто смуток, а важке поєднання хронічної тривоги, сорому, самотності та внутрішнього вакууму.
- **Непереносимість самотності:** Перебування наодинці із собою сприймається як «психічна смерть» або зникнення. Інший потрібен як зовні зафіксована «опора», яка підтверджує існування Я.

- **Страх поглинання vs. Страх кинутості:**

- Коли людина наближається до когось, виникає **страх поглинання** (втрати власної автономії та ідентичності).

- Коли людина віддаляється, виникає панічний **страх бути покинутою** (анігіляція, самотність).

- Це створює класичний динамічний паттерн: *«Іди геть, я тебе ненавиджу / Ні, не залишай мене, я помру»*.

Спектр розладів на межовому рівні

На цьому рівні можуть функціонувати різні клиничні типи розладу особистості:

Межовий (BPD). Переважає емоційна лабільність, автоагресія, страх покинутості.

Нарцисичний (злоякісний). Переважає грандіозність, знижена емпатія, але при загрозі сорому розпадається до межового фрагментованого стану.

Параноїдний. Основний захист - проекція; світ сприймається як ворожий, але тестування реальності загалом збережене.

Шизоїдний (низького функціонування). Глибокий відхід від контактів через страх знищення у стосунках, збагачений фантазійний світ.

Антисоціальний (Психопатичний). Повна відсутність емпатії та провини, активне використання інших для маніпуляцій та вигоди.

Межовий розлад особистості (МРО) як клінічна нозологія

Якщо **«межовий стан»** у патопсихології описує загальну структуру особистості, то **Межовий розлад особистості (МРО / ПРЛ)** — це конкретний клінічний діагноз, закріплений у класифікаторах DSM-5 та МКХ-11 (де він класифікується у межах загального розладу особистості з емоційною нестабільністю).

Для діагностики МРО за критеріями DSM-5 паттерн нестабільності має супроводжуватися щонайменше п’ятьма ознаками з дев’яти:

1 **Страх покинення:** Панічні, часом неадекватні спроби уникнути реальної або уявної самотності.

2 **Нестабільні інтерперсональні стосунки:** Постійні коливання між крайніми точками ідеалізації та знецінення.

3 **Криза ідентичності:** Хронічна нестабільність образу власного «Я».

4 **Небезпечна імпульсивність:** Прояви щонайменше у двох сферах (шопоголізм, небезпечний секс, зловживання ПАР, розлади харчової поведінки, екстремальне водіння).

5 **Суїцидальна поведінка:** Повторювані погрози самогубства, суїцидальні спроби або самоушкодження (порізи, опіки), які часто виступають як спосіб «заглушити» нестерпний душевний біль фізичним.

6 **Афективна лабільність:** Різкі зміни настрою (дисфорія, дратівливість, тривога), які тривають зазвичай кілька годин і рідко — понад кілька днів.

7 **Хронічна порожнеча:** Скарги на відсутність внутрішнього сенсу та емоційного наповнення.

8 **Інтенсивний, неконтрольований гнів:** Спалахи люті, які є неадекватними щодо тригера.

9 **Параноїдні чи дисоціативні симптоми:** Тимчасова втрата зв'язку з реальністю під впливом стресу.

Три рівня організації особистості: невротичний, межовий та психотичний (за Отто Кернбергом)

Характеристика	Невротичний рівень (Норма / Легкі порушення)	Межовий рівень (МРО / Пограничний стан)	Психотичний рівень (Важкі психічні розлади)
Тестування реальності (здатність до рефлексії)	Збережене. Людина чітко відрізняє фантазії від фактів.	**Збережене**, але може тимчасово порушуватися під час сильного стресу.	Втрачене. Наявні марення, галюцинації.
Інтеграція ідентичності	Цілісне «Я». Людина розуміє свої плюси та мінуси, має стабільні цінності.	**Дифузне «Я»**. Образ себе різко змінюється, хронічне відчуття порожнечі.	Зруйнована ідентичність. Людина не здатна відділити себе від інших.
Захисні механізми	Зрілі (витіснення, раціоналізація, сублімація).	**Примітивні** (розщеплення: «усе чорне або біле», проєктивна ідентифікація).	Примітивні (заперечення реальності, ізоляція).
Стосунки з іншими	Стабільні, сприйняття людей цілісними (зі своїми недоліками).	**Нестабільні** (ідеалізація змінюється знеціненням через страх самотності).	Злиття або повний відхід від соціальних контактів.

Отже, межові стани особистості є складним об'єктом для терапії через високий ризик терапевтичного розщеплення (коли пацієнт спочатку обожнює терапевта, а потім різко перериває терапію через гнів). Медикаментозне лікування при МРО є виключно симптоматичним (антидепресанти для стабілізації настрою, нейролептики в малих дозах для контролю імпульсивності).

Основним методом допомоги залишається тривала психотерапія. Найвищу доведену ефективність демонструють:

1. **Діалектична поведінкова терапія (ДПТ / DBT) Марші Лінехан**, яка фокусується на розвитку навичок емоційної регуляції та стресостійкості.
2. **Схема-терапія Джеффрі Янга**, спрямована на опрацювання глибоких дитячих дезадаптивних схем (таких як «Покинутість/Нестабільність»).
3. **Психодинамічна терапія, орієнтована на перенесення (TFP),** розроблена самим Отто Кернбергом для інтеграції розщеплених частин ідентичності в кабінеті терапевта.

2. ДПТ як метод психотерапії

Межові стани не лікуються виключно медикаментами, оскільки це структура особистості, а не хімічний дисбаланс мозку. Фармакотерапію призначає психіатр лише для стабілізації симптомів (депресія, тривога).

Діалектично-поведінкова терапія («ДПТ») – це доказова психотерапія, яка почалася зі спроб лікування розладів особистості та міжособистісних конфліктів. Докази свідчать про те, що «ДПТ» може бути корисним у лікуванні розладів настрою та суїцидальних думок, а також для зміни шкідливих моделей поведінки, таких як самоушкодження та вживання психоактивних речовин. «ДПТ» перетворився на процес, у якому терапевт і клієнт працюють зі стратегіями, орієнтованими на прийняття та зміну, і врешті-решт балансують і синтезують їх — порівняно з філософським діалектичним процесом тези та антитези, за якими слідує синтез.

Цей підхід був розроблений Маршею М. Лайнеган. Вона визначає діалектику як «синтез або інтеграцію протилежностей» «ДПТ» був розроблений, щоб допомогти людям покращити свою емоційну та когнітивну регуляцію, дізнавшись про триґери, які призводять їх до їхніх реактивних станів, і допомагаючи оцінити, які навички подолання слід застосовувати в послідовності подій, думок, почуттів і поведінки, щоб уникнути небажаних реакцій.

«ДПТ» виник із серії невдалих спроб застосувати стандартні протоколи («КПТ») кінця 1970-х років до пацієнтів із хронічними суїцидальними настроями. «ДПТ» поєднує стандартні когнітивно-поведінкові техніки для регуляції емоцій, перевірки реальності з концепціями толерантності до дистресу, прийняття та самоусвідомлення, в основному похідними від споглядальної медитативної практики. «ДПТ» базується на біосоціальній теорії психічних захворювань і є першою терапією, яка була експериментально продемонстрована як ефективна в цілому при лікуванні емоційно нестабільного розладу особистості («ЕНРО»). Перше рандомізоване клінічне випробування «ДПТ» показало зниження частоти суїцидальних схильностей, психіатричних госпіталізацій і припинення лікування порівняно зі звичайним лікуванням. Мета-аналіз виявив, що «ДПТ» досягав помірного ефекту в осіб з «ДПТ».

Ключові аспекти терапії

1. Самоусвідомлення: Самоусвідомлення є однією з основних ідей, що лежать в основі всіх елементів «ДПТ». Це вважається основою для інших навичок, яким навчають у «ДПТ», оскільки воно допомагає людям сприймати та терпіти сильні емоції, які вони можуть відчувати, коли намагаються позбутись своїх шкідливих звичок або вразливість потрапляння у неприємну ситуацію. Концепція усвідомленості та медитативних вправ, які використовуються для її навчання, походять із традиційної споглядальної релігійної практики, хоча версія, викладена в «ДПТ», не включає жодних релігійних чи метафізичних концепцій. У межах «ДПТ» концепція

полягає у здатності звертати увагу у поточному моменті, не засуджуючи; у вмінні жити в поточний момент, повне переживання емоцій і почуттів, але з перспективою. Практика самоусвідомлення також може бути спрямована на те, щоб люди краще усвідомлювали своє оточення за допомогою своїх п'яти почуттів: дотику, нюху, зору, смаку та звуку.[22] Самоусвідомлення значною мірою спирається на принцип прийняття, який іноді називають «радикальним прийняттям». Навички сприйняття залежать від здатності пацієнта дивитися на ситуації без оцінки, а також приймати ситуації та їхні супутні емоції. Це спричиняє менше страждань у цілому, що може призвести до зменшення дискомфорту та симптомів.

2. Прийняття та зміна: Перші кілька сеансів «ДПТ» знайомлять із діалектикою прийняття та змін. Пацієнт повинен спочатку почуватися комфортно з ідеєю терапії; як тільки пацієнт і терапевт встановили довірливі стосунки, методи «ДПТ» можуть процвітати. Суттєвою частиною навчання прийняття є в першу чергу зрозуміти ідею радикального прийняття: радикальне прийняття охоплює ідею про те, що потрібно стикатися з ситуаціями, як позитивними, так і негативними, без засудження. Прийняття також включає самоусвідомлення і навички емоційної регуляції, які залежать від ідеї радикального прийняття. Ці навички, зокрема, відрізняють «ДПТ» від інших методів лікування. Часто після того, як пацієнт знайомиться з ідеєю прийняття, він супроводжується нею до змін. «ДПТ» має п'ять конкретних станів змін, які терапевт розглядає з пацієнтом: перед-споглядання, споглядання, підготовка, дія та підтримка.[23] Перед-споглядання — це перша стадія, на якій пацієнт абсолютно не усвідомлює своєї проблеми. На другій стадії, споглядання — пацієнт усвідомлює реальність своєї хвороби: це не дія, а усвідомлення. Лише на третьому етапі під назвою — підготовка — пацієнт, ймовірно, почне розмірковувати про потрібні заходи та готуватиметься рухатись вперед. Це все може відбутися або особистим шляхом, наприклад дослідження своїх проблем в мережі, або прямим у вигляді звернення до терапевтів. На 4 стадії, дія — пацієнт вживає рекомендованих заходів і отримує лікування. На завершальному етапі, підтримка — пацієнт повинен посилити свій змінений стан, щоб

запобігти рецидиву. Після прийняття себе та зміни пацієнт може повністю перейти до технік «самоусвідомлення». Є шість навичок «самоусвідомлення», які використовуються в «ДПТ», щоб наблизити клієнта до досягнення «мудрого розуму», синтезу раціонального розуму та емоційного розуму: три навички «що» (спостерігати, описувати, брати участь) і три навички «як» (безосудно, однодумно, ефективно).

3. Толерантність до дистресу: Багато сучасних підходів до лікування психічного здоров'я зосереджені на зміні таких тривожних подій і обставин, як смерть близької людини, втрата роботи, серйозна хвороба, терористичні атаки та інші травматичні події. Але вони не надають достатньої уваги до таких речей як: прийняття, пошуку сенсу та терпимість до дистресу. Ці проблеми, як правило, вирішувалися за допомогою особистої роботи пацієнта, психодинамічними методами, психоаналітичними, гештальтними, або наративною терапією разом із релігійними та духовними спільнотами та лідерами-думок. Діалектично-поведінкова терапія наголошує на тому, щоб навчитися вміло терпіти біль. Цей модуль описує здорові способи подолання (такі як відволікання, покращення моменту, самозаспокоєння та практика прийняття того, що є), які мають замінити шкідливі. Навички терпимості до стресу є природним розвитком навичок усвідомленості «ДПТ». Вони пов'язані зі здатністю прийняти, без оцінки та засудження, як себе, так і поточну ситуацію. Оскільки це позиція без засудження, це означає, що вона не є позицією схвалення чи незгоди. Мета полягає в тому, щоб набути здатності спокійно розпізнавати негативні ситуації та їхній вплив, а не бути приголомшеним ними чи ховатися від них. Це дозволяє людям приймати мудрі рішення про те, чи вживати заходів і як їх вживати, замість того, щоб впадати в інтенсивні, відчайдушні та часто деструктивні емоційні реакції, які є частиною емоційно нестабільного розладу особистості.

4. Емоційна саморегуляція: Люди з емоційно нестабільним розладом особистості та суїцидальні особи часто емоційно напружені та лабільні. Вони можуть бути злими, сильно розчарованими, депресивними або тривожними. Це свідчить про те, що цим клієнтам може стати у пригоді допомога в навчанні

регулювати свої емоції. Навички діалектичної поведінкової терапії для регуляції емоцій включають:[27]

Визначення та позначення емоцій

Визначення дратівника своїх емоцій

Зменшення вразливості розуму до емоцій

Збільшення позитивних емоційних подій

Збільшення уважності до поточних емоцій

Вчинення інших дій, щоб не дратувати себе

Застосування методів толерантності до стресу[en][26]

Навички емоційної регуляції базуються на теорії, згідно з якою інтенсивні емоції є умовною реакцією на неприємні переживання, умовним подразником, отже необхідно змінювати умовні реакції пацієнта.[4] Ці навички можна розділити на чотири модулі: розуміння та називання своїх емоцій, зміна небажаних емоцій, зменшення вразливості та управління екстремальними ситуаціями:

Навчання розуміти та називати емоції: пацієнт зосереджується на розпізнаванні своїх почуттів. Цей сегмент безпосередньо стосується самоусвідомлення, яка і наражає пацієнта на свої емоції.

Зміна небажаних емоцій: терапевт наголошує на використанні протилежних реакцій, перевірці фактів і розв'язання проблем для врегулювання емоцій. Використовуючи протилежні реакції, пацієнт націлюється на тривожні почуття, відповідаючи протилежною емоцією.

Зменшення вразливості: пацієнт вчиться накопичувати позитивні емоції та заздалегідь планувати механізми подолання, щоб краще справлятися з важким досвідом у майбутньому.

Управління екстремальними ситуаціями: пацієнт зосереджується на застосуванні навичок самоусвідомлення до своїх поточних емоцій, щоб залишатися стабільним і пильним під час кризи.[4]

5. Міжособистісна ефективність: Три навички міжособистісного спілкування, на яких зосереджено увагу в «ДПТ», включають: самоповагу, ставлення до інших «з турботою, зацікавленістю, ствердженням і повагою»

та асертивність. Діалектика здорових стосунків передбачає баланс між власними потребами та потребами инших, зберігаючи при цьому самоповагу (самооцінка та самодостатність