

Особенности длительной психодинамической психотерапии пограничного личностного расстройства

Короленко Ц.П., Шпикс Т.А.*

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Long-term psychodynamic psychotherapy features of borderline personality disorder

Korolenko Ts.P., Shpiks T.A.*

Novosibirsk State Medical University

АННОТАЦИЯ

Проанализированы особенности коммуникации 12 пациентов с пограничным личностным расстройством во время длительной психодинамической психотерапии. Установлена высокая сензитивность в отношениях между пациентами и терапевтом, а также внезапные изменения психического состояния пациентов в течение аналитических сессий. Эти особенности расцениваются как своего рода ловушки для терапевта и делают терапию затруднительной. Описываются возникающие у пациентов во время аналитических сессий состояния регресса, достигающие уровня «основной недостаточности», в этих случаях эффективность терапии оказывается связанной с возможностями терапевта к психологическому регрессу на психический уровень пациентов. Обоснована необходимость готовности психотерапевта к формированию контрпереноса, который включает реакцию на возникновение различных альтеров в диссоциативных состояниях пациентов.

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство, психодинамическая психотерапия, «основная недостаточность», контрперенос.

ABSTRACT

We analyzed the communication features of 12 patients with borderline personality disorder during long-term psychodynamic psychotherapy. A high sensitivity in the relationships between patients and a psychotherapist and also sudden patients' mental changes during analytical sessions were revealed. These features are considered to be the possible traps for a psychotherapist in a way making a therapy rather difficult. Regression states arising in patients during analytical sessions which reach the level of «basic deficiency» are described. In these cases the therapy's efficiency proved to be connected with psychotherapist's ability for psychological regress to the patients' mental level. We substantiated the necessity of the psychotherapist for being ready to form a countertransference which includes a response to emergence of different alters in the dissociate patients' states.

Keywords: borderline personality disorder, psychodynamic psychotherapy, «basic deficiency», countertransference.

ВВЕДЕНИЕ

Клинические наблюдения пациентов с пограничным личностным расстройством показывают, что в большинстве случаев для них характерна чрезвычайно высокая сензитивность, проявляющаяся в контактах с психоаналитиком [1]. Эта высокая чувствительность не входит в девять харак-

INTRODUCTION

Clinical observations of the patients with borderline personality disorder show that in most cases an extremely high sensitivity manifesting in contacts with a psychoanalyst is specific for them [1]. This high sensitivity is not included into nine characteristics of borderline personality disorder presented in

Поступила 10.01.2018
Принята 02.02.2018

*Автор, ответственный за переписку
Шпикс Татьяна Александровна: ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. 630091, г. Новосибирск, Красный просп., 52.
E-mail: tshpiks@yandex.ru

Received 10.01.2018
Accepted 02.02.2018

*Corresponding author
Shpiks Tatyana Aleksandrovna: Novosibirsk State Medical University, 52, Krasny Prospect, Novosibirsk, 630091, Russia.
E-mail: tshpiks@yandex.ru

теристик пограничного личностного расстройства, представленных в DSM-5 [2], хотя, по нашему опыту, установление доверительного контакта с пациентами имеет большое значение и непосредственно влияет на эффективность проводимой терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 12 пациентов (десять женщин и двое мужчин) в возрасте 21–32 лет, с диагнозом пограничного личностного расстройства, поставленным в соответствии с критериями DSM-5 [2]. Пациенты наблюдались амбулаторно, в двух случаях имела место кратковременная госпитализация в связи с декомпенсацией и развитием тревожно-депрессивного состояния. Проводились клиническое интервью, запись сеансов психоанализа с последующим обсуждением динамики психотерапевтического процесса, исследовался психический статус.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Высокая сензитивность пациентов с пограничным личностным расстройством проявляется как на сознательном, так и на бессознательном уровне. Лица этой категории, как правило, очень эмпатичны. Они тонко улавливают общее эмоциональное состояние специалиста, его настроение, психическую энергетику, признаки усталости и истощенности, меньшую внимательность, изменение заинтересованности в проведении терапии, озабоченность другими делами. Особенно чувствительны пациенты этой категории к тому, какое впечатление они производят на аналитика, в какой степени их переживания, содержание конфликтов, общая система ценностей вызывает эмоционально-когнитивный отклик у специалиста, совпадает с его установками. Лица с пограничным личностным расстройством обычно способны отграничивать эмпатические реакции аналитика от его способности, установки и желания к сопереживанию, симпатии. Они понимают и чувствуют, что эмпатия и симпатия не всегда совпадают друг с другом.

Повышенная способность эмпатизировать специалисту, к сожалению, не всегда в должной степени учитывается последним, что неизбежно приводит к кратковременным и длительным отрицательным последствиям. Известно, что на вербальном уровне сам аналитик, его интерпретации плохо воспринимаются пациентами. Интерпретации часто не интернализируются (не усваиваются) и тем более не трансмутируются (не ста-

DSM-5 [2] though we know from our experience that the establishing of confidential contact with patients is of great importance and influences directly the efficiency of conducted therapy.

MATERIALS AND METHODS

We examined 12 patients (10 females and two males) at the age of 21–32 with the diagnosis of borderline personality disorder in compliance with the criteria of DSM-5 [2]. The clients were under outpatient observation, a short-term hospitalization in connection with decompensation and depressive development happened in two cases. Clinical and psychological interviews, with following discussion of psychotherapeutic process were provided.

RESULTS AND DISCUSSION

High sensitivity of the clients with borderline personality disorder both at the conscious and the unconscious level was revealed. The persons of this category at general are very empathetic. They can rather subtly feel and emotional state of the therapist, his/her mood, the signs of the tiredness and exhaustion, the change of attentiveness, and an interest in therapy. Patients of this category are especially focused on an impression they make on an analyst, on to what extent their feelings, general value system and mental problems evoke a response of a specialist and correlate with his attitude. Persons with borderline personality disorder usually can divide the momentary empathic analyst's reactions from his/her general tendency for the benevolent attitude. They realize and feel that empathy and sympathy do not always coincide with each other.

Unfortunately the existence of an increased capability of the client's empathy of a therapist is not always taken into consideration sufficiently what inevitably leads to the negative short-term and long-term consequences. Formal verbal declarations and the interpretations of the analyst are not internalized by the client. So more, they are not transmuted I (do not become the structural «organic» components of the psyche), simply «entering» and «leaving» it tracelessly that is interpretation psychodynamics proves to be restricted solely by introjection without leaving a trace, without successive internalization and transmutation.

The perception of an analyst by patients with borderline personality disorder mainly takes place unconsciously. First of all, the nonverbal components of the sounds that are not words themselves but express an intonation of the voice, its tone, the

новятся структурными «органическими» компонентами психики), просто «входя» и «выходя» из нее бесследно, т. е. психодинамика интерпретации оказывается ограниченной исключительно интроекцией, не оставляющей следа, без последующих интернации и трансмутации.

Восприятие аналитика пациентами с пограничным личностным расстройством происходит в основном на бессознательном уровне. Имеют значение, прежде всего, невербальные компоненты, т. е. не сами слова, а интонация голоса, тон, сочетание с эмоциональными переживаниями, передаваемыми в невербальной плоскости. Также важны темп речи, паузы, акцентирование отдельных предложений, слов или частей слов. Пациенты с пограничным личностным расстройством обычно способны чувствовать особенности пауз в интерпретации, дифференцировать, связано ли последнее с отсутствием мысли, незнанием, о чем говорить, или же паузы отражают содержательные контемплиции (размышления) аналитика над смыслом интерпретаций. Выражение глаз, направленность взгляда, мимика, поза, моторика психотерапевта оказывают на пациентов воздействие, создавая в целом его положительный или отрицательный имидж. Интроекция на невербальном уровне с последующей интернализацией и трансмутацией является, таким образом, одним из характерных психодинамических механизмов данного личностного нарушения.

Клинический опыт динамического наблюдения пациентов с пограничным личностным расстройством показывает, что их повышенная чувствительность затрагивает не только интроекцию на невербальном уровне, но и отражается на особенностях проекции, а также проективной идентификации. Пациенты с пограничным личностным расстройством обнаруживают тенденцию к проекции на психоаналитика своих переживаний не только на сознательном, но, прежде всего, на бессознательном уровне. Эта психодинамика определяет основную составляющую их переноса. Бессознательный компонент состояния пациента переносится и оказывает воздействие на бессознательное состояние психоаналитика. То, что это происходит на бессознательном уровне, усиливает психологическое воздействие и приводит к тому, что аналитик не осознает или не полностью осознает происходящее.

Более того, процесс не ограничивается проекцией, а включает проективную идентификацию. Проективная идентификация, как известно, заключается в восприятии клиентом психическо-

combination of many elements impregnated by an emotional feeling reproduced in nonverbal plane. The speech tempo, pauses, the accenting of separate sentences, words and subwords are also important. Patients with borderline personality disorder usually are able to feel a pauses' peculiarities in the interpretation and to differentiate if the latter is connected with the absence of a thought, with does not knowing what to talk about or if the pauses reflect the pithy contemplations (thinking) of analyst about the interpretation sense. The expression of the eyes, look direction, mime, posture, the motility of a therapist influence the patients creating his positive or negative image as a whole. Thus introjection at the nonverbal level with the following internalization and transmutation is one of specific psychodynamic mechanisms of this personal disturbance.

Clinical experience of dynamic observations of the patients with borderline personality disorder shows that their increased sensitivity affects not only introjection at the nonverbal level but is reflected on both the features of projection and a projective identification. Patients with borderline personality disorder show the tendency to the projection of their feelings on a psychoanalyst not only at conscious level but also at unconscious one. This psychodynamics determine a basic component of their transference. An unconscious component of patient's state is transferred and influences the unconscious state of a psychoanalyst. The fact that it takes place at unconscious level amplifies the psychological impact and results in that the an analyst does not realize completely what is going on at present.

Furthermore, the process is not restricted by a projection but includes a projective identification. As it is known a projective identification consists of the patient's perception of psychical state of an analyst as an own in the process of the identification of the part of his psychical ego with the psychical state of an analyst. During the process of the projective identification «twin transference» arises actually [3]. A short-term feeling of mutual identity is formed. Despite its fallacy a patient gets this way an opportunity to manipulate a therapist determining the content of his/her countertransference.

In the context of these processes the development of different frequently diametrically opposed, sharply contrasting alternative positive and negative feelings may take place. A possible previous, often prolonged period of a positive attitude does not influence a rise of a negative attitude to a psycho-

го состояния аналитика как собственного психического состояния и является в этом смысле отождествлением части своего психического Я с психическим состоянием аналитика. В процессе проективной идентификации фактически возникает «двойниковый перенос» [3]. Кратковременное чувство единства носит при этом обоюдный характер. Несмотря на его обманчивость, пациент получает возможность манипулировать аналитиком, определяя содержание его контрпереноса.

В рамках этих процессов возможно развитие различных, часто полярно противоположных, резко контрастирующих переживаний со сменяющимися друг друга максимально положительными и максимально отрицательными восприятиями друг друга. На возможное возникновение отрицательного отношения к психоаналитику не влияет прежний, часто длительный период положительного отношения, так как для пациентов с пограничным личностным расстройством значение имеет только то, что происходит «здесь и сейчас», а прошлый положительный опыт (проекция на прошлое) полностью обесценивается.

Аналитику, проводящему психодинамическую психотерапию с пациентами, страдающими пограничным личностным расстройством, полезно отказаться от традиционного представления об идеальной нейтральности терапевта. Так, например, контрперенос следует считать не отклонением от этой нейтральности, а необходимым условием включения в обоюдные доверительные отношения с пациентом. Подобное включение позволяет терапевту значительно глубже понимать процессы, происходящие в бессознательном пациента с пограничным личностным расстройством, повторяющуюся дезадаптивную модель их межличностных отношений, которая трансмутирована в личностную структуру и является для них эго-синтонной. Эффективная психотерапия постоянно наталкивается на трудности, связанные с повторениями дезадаптивных отношений. В связи с этим следует иметь в виду, что способность клиентов с пограничным личностным расстройством к установлению сколько-нибудь длительных отношений с другими лицами чрезвычайно ограничена. Причиной этой ограниченности является незрелая неспаянная фрагментированная идентичность [4]. Пациенты с пограничным личностным расстройством не способны по-настоящему воспринимать и переживать других как целостные объекты, а другие воспринимаются скорее как фрагменты и функции, в какой-либо степени удовлетворяющие их желания и по-

аналит с тех пор, что события, которые происходят «здесь и сейчас» имеют большое значение для пациентов с пограничным личностным расстройством, когда все положительные переживания полностью забыты.

Для аналитика, проводящего психодинамическую психотерапию с пациентами с пограничным личностным расстройством, полезно переосмыслить традиционный взгляд на идеальную нейтральность психотерапевта. Так, например, контрперенос не следует считать отклонением от этой нейтральности, а необходимым динамическим фактором нарушения взаимных доверительных отношений с пациентом. Такое нарушение позволяет психотерапевту понять гораздо глубже динамику процесса в бессознательном пациента с пограничным личностным расстройством. Эффективная психотерапия постоянно приводит к трудностям, связанным с повторением дезадаптивных отношений. В этой связи следует помнить, что способность пациентов с пограничным личностным расстройством к установлению каких-либо длительных отношений с другими людьми чрезвычайно ограничена. Причиной этой ограниченности является незрелая неспаянная фрагментированная идентичность [4]. Пациенты с пограничным личностным расстройством не способны по-настоящему воспринимать и переживать других как целостные объекты, а другие воспринимаются скорее как фрагменты и функции, в какой-либо степени удовлетворяющие их желания и по-

А пациент и психотерапевт всегда являются ассоциатами в терапевтическом процессе. Их эффективные сознательные и бессознательные реакции влияют на их отношения, усиливая еще больше начальную готовность пациентов с пограничным личностным расстройством к изменению своего психического состояния. Контрперенос психотерапевта можно считать механизмом проявления их «эмпатической ответственности» [5]. Р. Гринсон [6] считает, что контрперенос представляет собой форму эмпатии психотерапевта, «попытку идентификации» с определенными частями внутреннего мира пациента. Трансфер и контрперенос переплетаются друг с другом. Они становятся интерактивной единицей, характеризующей природу взаимного вовлечения в терапевтическую трансакцию [7]. Контрперенос выполняет функцию интерпер-

требности. В процессе проективной идентификации, являющейся частью переноса, пациенты преимущественно на бессознательном уровне стараются манипулировать терапевтом, который испытывает в этом контексте постоянное психологическое давление, что отражается, несомненно, на содержании контрпереноса с борьбой положительных и отрицательных эмоций.

Пациент и терапевт всегда являются соучастниками в терапевтическом процессе. Их эффективные сознательные и бессознательные реакции влияют на их отношения, еще более усиливая исходную готовность пациентов с пограничным личностным расстройством к легко возникающим изменениям психического состояния. Контрперенос терапевта можно рассматривать как механизм проявления «эмпатической ответственности» [5]. R. Greenson [6] считает в этой связи, что контрперенос представляет собой форму эмпатии терапевта, «попытку идентификации» с определенными частями внутреннего мира пациента. Перенос и контрперенос переплетаются друг с другом. Они становятся интерактивной единицей, которая характеризует природу взаимной вовлеченности в терапевтическую транзакцию [7]. Контрперенос выступает как форма межличностной эмпатии, с которой терапевт в определенной степени во время сессии оказывается включенным в сценарий переживаний пациента.

В центре терапевтического процесса находится способность терапевта погружаться в переживания пациента и в то же время уметь вовремя выйти из них. Вследствие этого психоаналитикам, проводящим длительную психодинамическую психотерапию с пациентами, страдающими пограничным личностным расстройством, следует приобрести навык дистанцирования от периодически проецируемых на них отрицательных эмоций и содержаний пациентов, иммунитет к такого рода динамике. В создающихся психотерапевтических коммуникациях имеют значение характерологические особенности аналитика, сила его эго-системы, особенности супер-эго, профессиональные знания, психотерапевтический опыт работы, клинический опыт проведения длительной психодинамической терапии с такими пациентами. Следует также иметь в виду, что в рамках проекции клиенты с пограничным личностным расстройством способны проецировать переживания не только «невротического», но и психотического уровня, что имеет особое значение в период декомпенсации с кратковременным выходом на уровень психоза.

sonal empathy with which a psychotherapist proves to be involved into the scenario of patient's feelings at a definite extent during the session.

In the center of a therapeutic process there is a psychotherapist's ability to plunge into patient's feelings and at the same time an ability to leave this place in necessary time. Hence psychotherapists conducting a long-term psychodynamic psychotherapy with patients with borderline personality disorder should acquire the skill of distancing from periodically projected on them negative emotions of the patients. Psychological traits of an analyst, the strength of his/her ego-system, the peculiarities of super-ego, the professional knowledge, psychotherapeutic clinical experience of long-term psychodynamic therapy form a benevolent field for an effective communication. In the context of their ability for the projection the patients with borderline personality disorder express a capability to project the feelings not only of «neurotic» level but also of psychotic one. That has a special importance during the period of decompensation on the psychotic level.

In psychotherapeutic practice during the treatment of the patients with borderline personality disorder there are the cases when a sudden dramatic change of therapeutic situation occurs after the initial establishing of a quite good confidential contact between a psychoanalyst. Often such changes occurs a reaction on the to psychoanalyst's interpretations which are not understood by the client. Psychoanalyst's common words lose their previous meaning and are perceived differently by a patient. The words became not anymore the instrument of communication on which one can rely on. They cease to be a material for free associations, become languid, senselessly stereotyped, are not introjections and so more are not internalized in patient's psyche. In individual cases patients perceive the analyst's interpretations as insinuations, coarsenesses, insults, direct attack, unreasonable demands, or simply an evidence of incorrectness of conducted therapy. In this scenery the impact of the words may be extremely powerful though it does not reflect a real content of interpretative intervention of the therapist.

In having developed changed state a patient attaches a special importance to not so much distortedly perceived verbal component of interpretations but more to the intonations, tonalities, the tempo of speech statements, and also is very attentively fixed on mime, look, psychotherapist's motions attaching an individual's often unusual significance to these communicative components.

В психотерапевтической практике при лечении пациентов с пограничным личностным расстройством часто встречаются случаи, когда после начального установления достаточно хорошего доверительного контакта между психоаналитиком и пациентом внезапно или постепенно происходит изменение характера терапевтических отношений. Это изменение касается, прежде всего, интерпретаций психоаналитика, которые, как известно, являются одним из основных компонентов психотерапевтического процесса. Обычные слова психоаналитика теряют свое прежнее значение и по-другому воспринимаются клиентом. Слова перестают быть инструментом коммуникации, на которые можно полагаться. Они перестают быть материалом для свободных ассоциаций, становятся безжизненными, бессмысленно стереотипными, не интроецируются и тем более не интернализуются в психике пациента. В отдельных случаях пациенты воспринимают интерпретации в качестве инсинуаций, грубостей, оскорблений, прямого нападения, необоснованных требований или просто свидетельств неправильности проводимой терапии. В этом смысле воздействие слов бывает чрезвычайно сильным, хотя не отражает реального содержания интерпретативного вмешательства психотерапевта.

В развившемся измененном состоянии пациент придает особое значение не столько искаженно воспринимаемому вербальному компоненту интерпретаций, сколько интонациям, тональности, темпу речевых высказываний, а также внимательнейшим образом фиксирует мимику, выражение лица, позу, взгляд, движения психотерапевта, придавая этим коммуникативным компонентам индивидуальное, часто необычное значение.

Общий характер произошедших изменений в определенной степени совпадает с состоянием, которое было описано М. Balint [8, 9], Е. Balint [10] и названо состоянием «основной недостаточности». М. Balint пришел к заключению, что при таком состоянии психика регрессирует до инфантильного уровня, соответствующего превербальному, прездипальному периоду развития. В основе такого состояния, по мнению М. Balint [8], лежит не конфликт, а нарушение внутри самой психической структуры — отсутствие, недостаток или постоянный дефицит чего-либо, что сказывается на всей психической жизни индивидуума во все периоды жизни. Происхождение основной недостаточности можно проследить в относительно ранней фазе развития индивидуума, ког-

A general character of the changes occurred has coincided in some extent with the state which was described by M. Balint [8, 9], E. Balint [10] and was called as «basic fault». M. Balint came to a conclusion that in such state the psyche regresses to an infantile level that corresponds to the preverbal period of evolution. According to M. Balint's judgement [8] not a conflict but a disturbance inside the mental structure itself lies at the heart of this state that is manifested by an absence, the lack or the constant shortage of something that tells about the whole individual's mental life during all its periods. The origin of basic fault may be traced at comparatively early phase of individual development when his/her psychobiological needs were not adequately satisfied. The cause of such disturbance may be extremely expressed when psychobiological needs of an infant because of the parents (or the persons who take a care of a child) their emotional insufficiency, their emotional rejection of a child, overanxiety, depression unpredictability of emotional attitude, the absence of empathic perception of a child; in the whole as the result of the absence of the main empathic coincidence between child's emotional needs and his/her environmental satisfaction.

Such an absence of the coincidence in patients with the basic fault can happen place during the psychotherapy too, when a psychotherapist «does not coincide» with a patient who proves to be sensitive to the lack of a required psychological coincidence. As a consequence, the disturbances both of neurotic level and psychotic one may develop in a patient. In the last (psychotic) variant a psychotherapist usually has a feeling that a patient «penetrates under his/her skin», knows about some intimate aspects of his life which are keep in secret from others [6]. A thought about extraordinary extrasensory power of a patient or about patient's gaining of the information from some very close to the psychotherapist's source. E. Balint [10] stressed that such states are not accompanied by *acting out* but proceed with relative patient's passivity, in the absence of his/her emotional reaction. At present it is known that psychotic shift with paranoid content is one of the kinds of psychotic decompensation in individuals with borderline personality disorder and this disorder is not confined only by an internal experience but can include the psychomotor agitation and aggression. In situation of the use of alcohol, such conditions often develop and clinically can manifest in the forms of pathologic inebriety with development of the twilight disorder

да его психобиологические потребности не были адекватно удовлетворены. Причиной такой неудовлетворенности могли быть чрезмерно выраженные биопсихологические нужды младенца или недостаточность эмоциональности родителей, психоэмоциональное отвержение ребенка, сверхтревожность, депрессивность лиц, осуществляющих опеку, непрогнозируемость эмоционального отношения, отсутствие эмпатического восприятия ребенка, в целом — отсутствие совпадений между эмоциональными потребностями ребенка и их средовым удовлетворением.

Такое отсутствие совпадений у пациентов с врожденной основной недостаточностью имеет место и во время психотерапии, когда психотерапевт «не совпадает» с пациентом, который оказывается обостренно чувствительным к отсутствию требуемого психологического совпадения. В результате у пациента могут развиваться нарушения как невротического, так и психотического уровня. В последнем (психотическом) варианте у психотерапевта обычно возникает ощущение, что пациент «забирается к нему под кожу», знает о каких-то интимных, скрываемых от большинства окружающих, сторонах его жизни [6]. Могут возникать мысли о необычных экстрасенсорных способностях пациента или о получении пациентом информации из какого-то очень близкого к психотерапевту источника. Е. Balint [10] подчеркивал, что подобные состояния не сопровождаются *acting out*, а протекают на фоне относительной пассивности клиента, при отсутствии эмоционального возбуждения. В настоящее время известно, что психотический сдвиг с параноидными содержаниями является одним из видов психотической декомпенсации у лиц с пограничным личностным расстройством и не ограничивается лишь внутренними переживаниями, включая психомоторное возбуждение и агрессию против окружающих. Подобные состояния часто развиваются при употреблении алкоголя и клинически проявляются в формах патологического опьянения с сумеречными, особыми состояниями сознания, галлюцинаторными расстройствами.

Параноидноподобный синдром может развиваться у лиц с пограничным личностным расстройством, не обнаруживающих определенных признаков основной недостаточности. Ятрогенная паранойя является синдромом, при котором у пациента внезапно или постепенно формируется недоверие к психотерапевту. Пациент чувствует, что психотерапевт старается навредить ему, что вызывает ответную реакцию, выражающуюся

of consciousness and/or the hallucinatory disturbances.

A paranoid like syndrome may develop in individuals with personality disorder not revealing definite signs of basic fault. Iatrogenic paranoia is a syndrome in which a sudden or gradual mistrust to a psychotherapist is formed in a patient. A patient feels that a psychotherapist tries to do some harm to him that causes a response expressed in blaming, criticism or aggression which may be aimed not only at a psychotherapist but at other persons. Patient's mistrust is based mostly on the unconscious or more rarely on the conscious perception of a therapist's countertransference, his/her hidden unconscious. As a result, an emergence of the vicious circle of feelings may take place when a psychotherapist's countertransference results in patient's mistrust formation. Patient's mistrust in its turn reinforces an unconscious negative countertransference of a psychotherapist.

In this context it is very important to bear in mind that paranoid-like reactions of the patient emerging during the process of psychotherapy may be based not on outwardly apparent pathologic empathic perception of mental state of a psychotherapist but may be a result of a delicate enough, proper in its essence, explicit mentalization of his/her psychological experience.

We present a vignette of the patient who took part in the examination. N., aged 28, is a teacher of music. She sought for a consultative help in connection with chronic dissatisfaction of herself that was expressed in irritability, intolerance to any objections, temper, frequent fits of anger. The patient stated that these character traits are inherent for her since early childhood, that she relates them to her genetics, ill temper of her father and her anxious depressive mother. The patient complained of not being able to have her own family, to give a birth to a child since her relationships with men are short-term and finish up immediately after the completion of the period of romantic love.

In the process of long-term psychodynamic psychotherapy the disturbances of personal level with a number of signs being typical for clinical picture of borderline personality disorder according to DSM-5 classification (2013) were found out. The patient showed insufficiently united, non-cohesive, immature identity. The weakness of identity also was expressed in a gender identification as she saw herself as a boy in her dreams and daydreams. As a teen-

щуюся в обвинениях, критике или агрессии, которые могут быть направлены не только на психотерапевта, но и на других лиц. Недоверие пациента основывается на бессознательном или реже сознательном восприятии контрпереноса, скрываемых бессознательных негативных переживаний психотерапевта. В результате возможно возникновение порочного круга переживаний, когда контрперенос психотерапевта приводит к формированию недоверия пациента. Недоверие пациента, в свою очередь, усиливает бессознательный, негативный контрперенос психотерапевта.

В этом контексте очень важно иметь в виду, что возникающие в процессе психотерапии параноидноподобные реакции пациента могут быть основаны не на внешне кажущемся патологическом эмпатическом восприятии психического состояния психотерапевта, а являться результатом достаточно тонкой, по существу правильной, эксплицитной ментализации его психических переживаний.

Приводим клинический случай пациентки, участвовавшей в обследовании. Н., 28 лет, по специальности преподаватель музыки. Обратилась за консультативной помощью в связи с хронической неудовлетворенностью собой, что выражалось в раздражительности, непереносимости каких-либо возражений, несдержанности, в частых приступах гнева. Пациентка говорила, что эти особенности характера присущи ей с раннего детства, что она связывает это с ее генетикой, тяжелым характером отца и тревожно-депрессивной матерью. Пациентка жаловалась на то, что она не в состоянии создать семью, родить ребенка, так как все ее связи с мужчинами кратковременны и заканчиваются сразу же после окончания периода романтической влюбленности.

В процессе длительной психодинамической психотерапии обнаружили нарушения личностного уровня с рядом признаков, типичных для клиники пограничного личностного расстройства, согласно классификации DSM-5 (2013). Пациентка обнаруживала недостаточно спаянную, незрелую идентичность. Слабость идентичности затрагивала также особенности гендерной идентификации, так как в воображении в детском возрасте она мечтала быть мальчиком. В подростковом возрасте пациентка дружила преимущественно с девочками обычно младше ее, которыми старалась командовать. В подростковом и юношеском возрасте она вспоминала повторяющиеся сны, в которых была байкером, крутой хозяйкой бара на Диком Западе.

агер the patient had had friends mostly among girls younger than she and was trying to command them. In her adolescence and preadult age she remembered recurring dreams in which she was a biker, a cool mistress of the bar in Wild West.

During one of the analytical sessions the patient suddenly transformed into a child. After keeping a silence lasting for several minutes she began to utter short phrases in the altered childish voice, begged a psychotherapist (female) to embrace and caress her, cuddle her strongly. The patient stopped to understand usual psychotherapist's interpretations, was mute during a long time, and then began to cry. The patient told a psychotherapist that she would have been able to fall in love with her really if she had been a boy. During next session the patient did not remember this state, and said that it was therapist's imagination. Nevertheless, during subsequent analytical sessions such states of transformation into a child recurred. Forestalling such development of the situation a psychotherapist brought babyish toys, dolls, childish books with pictures to the session. In her usual state the patient did not pay any attention to these toys, but immediately in the change of state with the advent of childish alter she vividly interested in the childish toys, looked at books, took dolls in her arms, combed their hair, lulled them, sang something and kissed them. During next sessions after such behavior the patient denied this behavior, accusing the psychotherapist that she fabricated all these stories with unclear for her (the patient) therapeutic aim as before. The patient insistently asked a psychotherapist to increase the number of analytical sessions especially at the end of the week when she was free from her routine work. It was evident that a patient needed often recurring emotionally supporting her relationships, care on psychotherapist's side having become for her the most significant object at that time.

The patient perceived psychotherapist's refusal to satisfy patient's request about the increase of the number of therapeutic appointments with the feeling of resentment. She persisted in that these appointments were vitally essential for her since an increase of an initial feeling of emptiness inside, along with thoughts about her uselessness inherent for her, being unable to be united with anyone somehow, and it brought her to the feeling of hopelessness and despair. During one of the sessions the change of her behavior took place which was characterized by the appearance of another alter, not a childish one. An

На одном из аналитических сеансов пациентка внезапно трансформировалась в ребенка. После молчания, длившегося несколько минут, она начала произносить короткие фразы, измененным детским голосом, просила терапевта (женщину) обнять и приласкать ее, крепко прижать к себе. Пациентка перестала воспринимать привычные интерпретации терапевта, надолго замолкала, а потом начинала плакать. Пациентка говорила терапевту, что она могла бы по-настоящему полюбить ее, если бы она была мальчиком. На следующей сессии пациентка не помнила этого состояния, говорила, что терапевт фантазирует, пытается сбить ее с толку или же передает содержание приснившегося ей сна, который путает с реальностью. Тем не менее на последующих аналитических сеансах такие же состояния трансформации в ребенка повторялись. Предвосхищая подобное развитие событий, терапевт принес на сессию детские игрушки, куклы, детские книжки с картинками. В обычном состоянии пациентка не обращала внимания на принесенные игрушки, однако сразу же при изменении состояния с появлением детского альтера живо интересовалась детскими игрушками, рассматривала книжки, брала на руки куклы, расчесывала им волосы, укачивала их, что-то напевала и целовала их. На очередных сессиях после такого поведения пациентка по-прежнему отрицала происшедшие с ней события, обвиняя терапевта в том, что она придумывает эти истории с какой-то непонятной для нее (пациентки) терапевтической целью. Пациентка настойчиво просила терапевта увеличить количество аналитических сессий, в особенности в выходные дни, когда она свободна от текущей работы. Было очевидно, что пациентка нуждается в часто повторяющихся эмоционально поддерживающих ее отношениях, опеке со стороны терапевта, ставшего для нее наиболее важным объектом в это время.

Отказ терапевта от удовлетворения просьбы пациентки об увеличении количества терапевтических встреч пациентка восприняла с чувством обиды. Она настаивала на том, что ей жизненно необходимы эти встречи, поскольку без них у нее усиливается свойственное ей изначально чувство внутренней пустоты с мыслями о своей ненужности, неспособности привязать к себе кого-то сколько-нибудь глубоко, и это приводит ее к ощущению безнадежности и отчаяния. Во время одной из сессий произошло изменение ее по-

active adult woman with marked lesbian tendencies focused on a psychotherapist appeared on the stage. A lesbian alter made a declaration of love to a psychotherapist. In her confessions the patient discoursed on that her feeling had nothing in common with sexual passion which she denoted as physiological «lust» but included mainly emotional affection that can mutually enrich her and the psychotherapist. Hereinafter a lesbian alter appeared repeatedly having substituted the previous childish alter which in its turn appeared more and more rarely.

During the process of analysis of the developing countertransference a psychotherapist revealed that she thought about this patient more and more often, recalled the content of analytical sessions during which a communication with lesbian alter of the patient took place. The psychotherapist came to a conclusion step-by-step that she was imperceptibly involved into the projective identification of the patient more and more actively under the influence of which monogender orientations not manifesting before became more intense in herself that reflected in the content of her countertransference.

CONCLUSION

A high sensitivity of patients with borderline personality disorder in relations with a psychotherapist and sudden changes of their mental state during therapeutic sessions are traps for a psychotherapist and make a therapy very difficult. In some observed patients states of regression reaching the level of «basic fault» arise during therapeutic sessions when common verbal communication and interpretation of the psychotherapist loose previous sense and therapy efficiency proves to be connected with a psychotherapist's abilities to a psychological regression to a mental level approaching to such one in the patient. In this context, a psychotherapist should take in account that the clients with borderline personality disorder tend to the project the «bad parts» of themselves to a psychotherapist and form the process of a projective identification. Psychotherapists should be ready for the countertransference formation which can include the emergence of various alters in the dissociative states of a patient. One of the traps in psychotherapy is also the absence of any long-term feeling of gratitude in patients. If a psychotherapist makes a mistake he cannot be sure that a patient will take into consideration his professionalism and all therapeutic achievements in that happened in the past. For the patients with borderline personality disorder only the event taking place at the moment,

ведения, которое характеризовалось появлением другого, не детского альтера. На сцене появилась энергичная взрослая женщина с выраженными лесбийскими тенденциями, фокусированными на терапевте. Лесбийский альтер признавался в любви к терапевту. В своих признаниях пациентка рассуждала о том, что ее чувство не имеет ничего общего с сексуальной страстью, которую она обозначала как физиологическую «похоть», а включает в себя преимущественно эмоциональную привязанность, взаимно обогащающую ее и терапевта. Лесбийский альтер в дальнейшем появлялся неоднократно, заместив собой прежний детский альтер, который, в свою очередь, стал возникать все более редко.

В процессе анализа развивающегося контрпереноса терапевт обнаружила, что она все чаще размышляет о пациентке, воспроизводит в памяти содержания аналитических сеансов, во время которых происходит коммуникация с лесбийским альтером пациентки. Терапевт постепенно пришла к выводу, что она незаметно все активнее вовлекалась в проективную идентификацию клиентки, под влиянием которой у нее самой стали активизироваться до сих пор совершенно не проявляемые моногендерные ориентации, что находило отражение в содержании ее контрпереноса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая сензитивность пациентов с пограничным личностным расстройством в отношениях с психотерапевтом и внезапные изменения их психического состояния в течение терапевтических сессий являются ловушками для терапевта и делают терапию очень затруднительной. У некоторых наблюдаемых пациентов во время аналитических сессий возникают состояния регрес-

in here and now, is important. They only feel that they need immediate satisfaction of their wishes.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

са, достигающие уровня «основной недостаточности», когда обычная вербальная коммуникация и интерпретации терапевта теряют прежний смысл, а эффективность терапии оказывается связанной с возможностями терапевта к психологическому регрессу на психический уровень, приближающийся к таковому у пациента. В этом контексте имеет также значение понимание терапевтом, что пациенты с пограничным личностным расстройством проявляют тенденцию к проекции «плохих частей» себя на терапевта и формируют процесс проективной идентификации. Терапевты должны быть готовыми к формированию контрпереноса, который включает реакцию на возникновение различных альтеров в диссоциативных состояниях пациента. Одной из ловушек в психотерапии является также отсутствие у пациентов сколько-нибудь длительного чувства признания и благодарности. Если терапевт совершает какую-либо ошибку, он не может быть уверен в том, что пациент будет принимать во внимание его профессионализм и достигнутые в прошлом терапевтические успехи. Для пациентов с пограничным личностным расстройством фактически имеет значение только то, что происходит в настоящей проекции, т. е. здесь и сейчас. Они чувствуют только то, что им необходимо немедленное удовлетворение их желаний.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. СПб.: Питер, 2009. 400 с.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. Arlington, VA, 2013. 947 p.
3. Kohut H. How does analysis cure? Chicago: The University of Chicago Press, 1984. 240 p.
4. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Пограничное личностное расстройство у женщин // Сиб. мед. обозрение. 2011. № 4. С. 78–82.
5. Sandler J. Countertransference and role-responsiveness // International Review of Psychoanalysis. 1976. Vol. 3. P. 43–47.
6. Greenson R. The working alliance and the transference neurosis // Psychoanalytic Quarterly. 1965. Vol. 14. P. 155–181.

REFERENCES

1. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. (2009). *Personal Disorders*. St. Petersburg, 400 p. In Russ.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013). Fifth Edition. American Psychiatric Publishing. Arlington, VA, 947.
3. Kohut H. (1984). *How does Analysis Cure?* Chicago: The University of Chicago Press, 240 p.
4. Korolenko Tz.P., Shpiks T.A. (2011). Borderline personality disorder in women. *Siberian Medical Review*, 4, 78–82.
5. Sandler J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *Int. Review of Psychoanalysis*, 3, 43–47.
6. Greenson R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 14, 155–181.

7. Strupp H., Binder J. Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1984. 333 p.
8. Balint M. Notes on parapsychology and parapsychological healing // Int. J. Psycho-Anal. 1955. Vol. 36/1. P. 31–35.
9. Balint M. The basic fault: therapeutic aspects of regression. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 1994. P. 205.
10. Balint E. On being empty of oneself // Int. J. Psycho-Anal. 1963. Vol. 44. P. 470.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Короленко Цезарь Петрович — засл. деятель науки РФ, действительный член Нью-Йоркской академии наук, член ВОЗ по секции транскультуральной психиатрии, член редакции журнала «Антропология и медицина» (Лондон), д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Шпикс Татьяна Александровна — канд. мед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Образец цитирования: Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Особенности длительной психодинамической психотерапии пограничного личностного расстройства // Journal of Siberian Medical Sciences. 2018. № 3. С. 20–30.

7. Strupp H., Binder J. (1984). *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 333 p.
8. Balint M. (1955). Notes on parapsychology and parapsychological healing. *Int. J. Psycho-Anal.*, 36/1, 31–35.
9. Balint M. (1994). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 205.
10. Balint E. (1963). On being empty of oneself. *Int. J. Psycho-Anal.*, 44, 470.

ABOUT THE AUTHORS

Korolenko Tsezar Petrovich — Honoured Man of Science of Russian Federation, Full Member of New York Academy of Science, Member of WHO in Unit of Transcultural Psychiatry, Member of Editorial Staff of the Journal «Anthropology and Medicine» (London), Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of Novosibirsk State Medical University.

Shpiks Tatyana Aleksandrovna — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Pedagogy and Psychology of Novosibirsk State Medical University.

Citation example: Korolenko Ts.P., Shpiks T.A. (2018). Long-term psychodynamic psychotherapy features of borderline personality disorder. *Journal of Siberian Medical Sciences*, 3, 20–30.