

Без чувствования ...? Меня нет! Об отчаянном хватании человека за жизнь¹

Альфريد Лэнгле

Международное общество логотерапии и экзистенциального анализа, Вена, Австрия
Факультет психологии НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия

Поступила 13 февраля 2020/ Принята к публикации: 14 марта 2020

Without feeling? I am not there! On human's reaching out for life

Alfried Längle

International Society for Logotherapy and Existential Analysis, Vienna, Austria
Department of Psychology, Higher School of Economics, Moscow, Russia

Received February 13, 2019 / Accepted for publication: March 14, 2020

Актуальность (контекст) тематики статьи. Как правило, с пограничным расстройством связывают нечто сложное и угрожающее человеку, то, что даже у терапевтов иногда вызывает опасения и амбивалентное отношение. Поэтому понимание внутренних процессов пограничного расстройства является особенно важным, так как оно снижает страхи и способствует лучшему взаимодействию с людьми, которые живут с этим нарушением.

Цель данной работы – феноменологически раскрыть суть процесса пограничного расстройства личности и представить психотерапевтические методы работы с пациентами, страдающими таким расстройством.

Описание хода исследования. Вначале пограничное расстройство описывается на уровне симптомов и представляется как расстройство отношений внутри личности и в ее внешних отношениях. Феноменологический подход к специфическому страданию пограничных пациентов показывает, что в глубине этих импульсивных, интенсивных и нестабильных личностей находится невыносимая боль, которая связана с потерей внутреннего Я. Феномен пограничного расстройства оказывается фундаментальным расщеплением, которое сопровождается расщепленным переживанием мира. Это расстройство может подвергаться длительной коррекции и замене на более персональное поведение в процессе терапии. Основные моменты терапии специфической проблематики пограничного процесса представлены в конце работы.

Выводы. Профессиональный подход позволяет разорвать этот деструктивный круг и предложить пациентам (и их семьям) перспективы развития. Это величайшая задача психотерапии. Такая работа может быть источником глубокого опыта для терапевта, который он может извлечь из успешной терапии.

Ключевые слова: пограничное расстройство, психодинамика, экзистенциальный анализ, расщепление, терапия, феноменологический подход.

Background. As a rule, something complicated and threatening to a person is associated with borderline disorder, something that even psychotherapists sometimes cause concern and an ambivalent attitude. Therefore, an understanding of the internal processes of a borderline disorder is especially important, as it reduces fears and promotes better interaction with people who live with this disorder.

The Objective of is to phenomenologically uncover the core of borderline, to present the psychotherapeutic methods of working with borderline patients.

Design. The disorder is described on the level of symptoms in an overview and is understood as a relationship disorder both inwardly as well as outwardly. A phenomenological approach to the specific suffering of Borderline patients reveals, in the depth of this impulsive, intense and unstable personality, an unendurable pain connected to the inner loss of self. The phenomenon of Borderline proves to be a fundamental being split accompanied by a split experience of the world. In this tension, the rearing up becomes comprehensible as a psychodynamic struggle essential for survival. Due to the painfulness and threat of these lacking and injured ego-structures this dynamic can only slowly be dismantled in therapy and replaced by increasing personal behavior. Finally, main features of treatment of the specific problems of Borderline happening are presented.

Conclusion. A professional approach allows breaking this destructive circle and offer patients (and their families) development prospects. This is the greatest task of psychotherapy. Such work can be a source of in-depth experience for the therapist that can be gained through successful therapy.

Keywords: borderline, psychodynamics, existential analysis, splitting, therapy

¹ Перевод с немецкого – А.Ю. Туркина, научная редакция перевода – Е.А. Евстигнеева

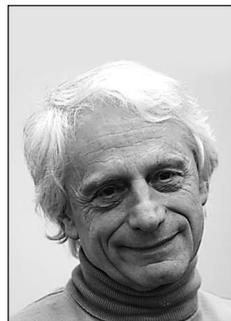
Пограничное расстройство – это термин, который все чаще можно услышать даже в обыденной речи. Как правило, с пограничным расстройством связывают нечто сложное и угрожающее человеку, что даже у терапевтов иногда вызывает опасения и амби-

На уровне симптомов пограничное расстройство проявляется как расстройство отношений и указывает на глубинное переживание боли пациентами. Понимание психодинамических реакций пациента и основных характеристик образа действий терапевта дают основания и ориентиры для психотерапевтической практики

валентное отношение. Поэтому понимание внутренних процессов пограничного расстройства является особенно важным, так как оно снижает страхи и способствует лучшему взаимодействию с людьми, которые живут с этим нарушением. Помочь в этом могут феноменологический подход и структурная модель экзистенциального анализа (ЭА).

Что же является специфическим для пациента с пограничным расстройством или синдромом бордерлайн (borderline)? В каких стимулах он нуждается, что беспокоит его больше всего, и почему именно это? Если мы ответим на эти вопросы, то сможем подобраться к специфической динамике пограничного процесса и, таким образом, установим отправные точки для его лечения

На уровне симптомов пограничное расстройство проявляется как расстройство отношений и указывает на глубинное переживание боли пациентами. Понимание психодинамических реакций пациента и основных характеристик образа действий терапевта дают основания и ориентиры для психотерапевтической практики.



Альфред Антон Лэнгле –

доктор медицины и философии, профессор кафедры психологии личности факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»,
Председатель Международного общества логотерапии и экзистенциального анализа (GLE) (Австрия).
E-mail: Alfried.laengle@existenzanalyse.org
<http://laengle.info/>
ORCID ID 0000-0001-8739-1806

Проблема пограничного расстройства и его симптомы

Центральной проблемой при пограничном расстройстве, как будет подробно описано ниже, является поистине впечатляющее отсутствие доступа паци-

ентов к своему Я. Пациенты не могут понять себя, «у них нет себя» из себя самих. В ЭА это понимается как дефицит в третьем измерении экзистенции, измерении бытия собой (Längle 2016). С психопатологической точки зрения, при таком диагнозе говорят о слабости Я-структур². Я не способно устойчиво и надежно получить доступ к собственному существу, то

есть, к Бытию Person (ср. о соотношении Я и Person – Längle 2014; Dorra 2014; Kolbe 2014; Steinert 2014). Эта слабость структур Я препятствует тому, чтобы страдающий от пограничного расстройства человек приблизился к своему собственному Бытию и внутреннему переживанию. Пациент утрачивает себя в своей собственной сущности и переживает себя заключен-

ным в далеком от Person, психодинамичном режиме, который не только полон конфликтов, но и неудовлетворителен с экзистенциальной точки зрения. Поэтому в качестве противодействия страдающие ищут толчок, стимул извне. Однако, поскольку преодолеть значительную внутреннюю дистанцию и барьер трудно, они нуждаются в интенсивной стимуляции.

Зависимость от внешних стимулов – это то, что объединяет все экстравертные расстройства личности: гистрионному пациенту нужна аудитория, нарциссическому – объекты и восхищение, паразитическому – цели, параноидальному – наблюдатели, антисоциальному – организованное, собственническое сообщество (Längle 2002). Все они оперируют с «внешним», чтобы стабилизировать внутреннюю хрупкость. Что же является специфическим для пациента с пограничным расстройством или синдромом бордерлайн (borderline)? В каких стимулах он нуждается, что беспокоит его больше всего, и почему именно это? Если мы ответим на эти вопросы, то сможем подобраться к специфической динамике пограничного процесса и, таким образом, установим отправные точки для его лечения. Однако сначала следует кратко рассмотреть симптомы проявления этого расстройства.

Формирование симптомов

В DSM-5 пограничное расстройство описано как заболевание, которое характеризуется наличием определенных проблем «функционирования личности»: пациенты плохо справляются с самими собой, у них почти нет картины себя, нет устойчивых ориентиров и целей и, соответственно, как правило, – неудачный стиль общения с другими, отсутствие эмпатии, нестабильные и конфликтные отношения, непрерывный страх отвержения. Это расстройство интересно для экзистенциального анализа тем, что симптомы группируются в соответствии с базовой моделью экзистенциального анализа, а именно, с моделью понимания человека как двойной соотнесенности (Längle 2016, 57f).

² Я-структуры – это специфические способности человека, которые дают ему возможность быть собой, они обеспечивают жизни характер индивидуальности. В ЭА мы этим обозначаем следующие способности: самоуважение, справедливое обхождение с собой и способность ценить себя. Эти три центральные способности человека во внутреннем обхождении с собой побуждались («индуцировались»), с точки зрения психологии развития, извне. В дальнейшем их необходимо выстраивать изнутри, чтобы смочь стать автономной, аутентичной и действующей личностью. Это Мочь-Быть-Собой делает в дальнейшем возможным за счет постижения Собственного, с помощью этих способностей, Мочь-Быть-Person.

Для страдающих пограничным расстройством также характерно наличие специфических черт личности, на которые обращает больше внимания МКБ-10: нестабильность чувств (многочисленные страхи, депрессивность), недостаточный контроль над импульсами, часто сопровождающийся насильственными действиями, нередко направленными против самого себя, с самоповреждающим поведением и попытками самоубийства. Иными словами, при пограничных расстройствах речь идет об интенсивных, импульсивных, нестабильных и разрушительных структурах личности.

Феномен пограничного расстройства

Далее мы должны как можно глубже прочувствовать мучительные переживания пограничных пациентов и попытаться понять их из их внутреннего переживания. Для этого подходит метод герменевтической феноменологии (Heidegger 1927; Längle 2016, 127ff), при котором терапевты настолько проникаются переживаниями пограничных пациентов, что становятся способны обнаружить и отследить на самих себе важные внутренние процессы, которые происходят в их визави.

Пограничное расстройство – это расстройство отношений

Основной страх пациентов, страдающих пограничным расстройством, как правило, заключается в страхе быть брошенными. Почему у этих пациентов появляется страх, которого практически не бывает при других экстравертных расстройствах личности? С одной стороны, такой страх реалистичен, с другой, – значительно преувеличен, в связи с имеющейся внутри болью и специфическими дефицитами личности. Реалистичность страха объясняется тем, что люди, страдающие пограничным расстройством, не могут по-настоящему вступать в отношения как с самими собой – внутренние

отношения, так и с другими, которых они не могут чувствовать, основываясь на эмпатии. Подобная неспособность вызывает у них вполне реальные опасения, что они будут вести себя таким образом, что спровоцируют уход человека.

Основной страх пациентов, страдающих пограничным расстройством, как правило, заключается в страхе быть брошенными. С одной стороны, такой страх реалистичен, с другой, – значительно преувеличен, в связи с имеющейся внутри болью и специфическими дефицитами личности. Реалистичность страха объясняется тем, что люди, страдающие пограничным расстройством, не могут по-настоящему вступать в отношения как с самими собой – внутренние отношения, так и с другими, которых они не могут чувствовать, основываясь на эмпатии

Здесь выкристаллизовывается специфика пограничного расстройства:

Слабость Я проявляется, прежде всего, в слабости отношений³.

Только привносимая чувством соотнесенность с другими перерастает в отношения. Именно на это человек с пограничным расстройством не способен – уметь испытывать чувства. И он опять терпит неудачу в обоих случаях: ему не удается выстроить отношения ни с другими, ни с самим собой. Но когда он на-

Вот почему он так сильно стремится к межличностным отношениям.

В этих отношениях течет жизнь, в них есть что почувствовать, и поэтому у пациента возникает Я. Кроме того, отношения предполагают наличие партнера, у кото-

рого есть собственное Я, которое может стать точкой кристаллизации для слабого, нестабильного Я человека, страдающего пограничным расстройством. Поначалу это может принести ему облегчение, однако он при этом становится зависимым от внешних отношений. И поэтому утрата близких отношений переживается таким человеком как нечто смертельное. Ведь его Я возникает как голограмма в лучах Другого и растворяется в пустоте, когда свет гаснет⁴.

Подобно тому, как голодный ребенок набирает слишком много на тарелку, пограничный пациент забирает слишком много того, чего он жаждет от отношений. В своей жадности он поглощает также и ненужное, нездоровое, так что рано или поздно неизбежно появляются негативные последствия

ходит в межличностных отношениях, он испытывает определенное освобождение от дефицита отношений, потому что тогда он начинает чувствовать себя. Однако это зачаточное переживание Я не исходит изнутри, оно поддерживается силой отношений с другим человеком. Без отношений такой человек не переживает свое Я. Вместо этого он испытывает только пустоту, внутреннее онемение, дефицит Я. Его жизнь является унылой и бесчувственной. То есть, когда он утрачивает внешние отношения, его Я растворяется. Оно исчезает, и он остается как будто без Я, и присутствует теперь только неперсонально. Его больше не существует, потому что он не чувствует – не чувствует себя.

Отношения являются для пограничных пациентов жизненно важными. Это придает всему происходящему в отношениях огромную интенсивность. В них имеет место совершенно безграничная жадность к жизни. Подобно тому, как голодный ребенок набирает слишком много на тарелку, пограничный пациент забирает слишком много того, чего он жаждет от отношений. В своей жадности он поглощает также и ненужное, нездоровое, так что рано или поздно неизбежно появляются негативные последствия. Так происходит рвота, когда человек съел слишком много или ел вредную пищу. Но если жадность ни к чему не приводит, и он не получает того, к чему так отчаянно стремился,

³ Что касается взаимосвязи привязанности и развития пограничного расстройства личности, то было установлено, что люди с непрочными привязанностями имеют более высокий риск развития неадаптивных личностных особенностей пограничного расстройства личности (Leichsenring et al., 2011; Buchheim, 2011).

⁴ На языке экзистенциального анализа можно сказать, что 2-я фундаментальная мотивация служит компенсацией и предлагает попытку решения проблемы страданий на уровне 3-ей фундаментальной мотивации.

тогда пациент воспринимает это как витальную угрозу, что приводит к агрессии, упрекам и ненависти к самому себе. За этими мощными реакциями скрывается то, что он на самом деле ищет, а именно, чувство – благодаря тому, что я чувствую жизнь, я чувствую самого себя. В этом он мог бы найти себя или, по крайней мере, создал бы такую видимость. Когда у него возникают отношения, в которых присутствует это чувство, он цепляется за них со всей силой. Ему нужны надежные, интенсивные отношения. Конечно же, такой пациент цепляется и за терапевта, например, хочет, чтобы тот всегда был доступен для него. Эта тяга проявляется и в других сферах жизни, человек с пограничным расстройством стремится ко всему, что пробуждает жизнь и может придать хоть немного очертаний его собственному Я. Это и отношения, и драйв от наркотиков, и близость, и телесные переживания, и даже боль от порезов...

В отличие от депрессии, при пограничном расстройстве пациент активно борется с дефицитом, он жадно ищет жизнь, в то время как в депрессии человек пассивен, отворачивается от жизни, потому что ему она не кажется хорошей. Может показаться удивительным, что пограничный пациент, несмотря на свои страдания, не отворачивается от жизни, не устает от нее, чувствуя жизнь только как бремя и безнадежность, а неустанно борется за жизнь, хотя снова и снова ее утрачивает.

Пограничное страдание – это необходимое⁵ сопротивление, которое помогает достичь Я (эрзац) посредством овладения жизнью. Поэтому пациенты очень чувствительны, их легко задеть – если нить жизни разрывается или оказывается в опасности, они реагируют яростно и агрессивно. Потому что в таком случае затрагивается не какой-то один аспект существования пограничного пациента, для него это является полным, всеобъемлющим явлением, которое поражает глубоко – его Я растворяется, он больше не существует, он теряется, он как будто умирает, будучи при этом живым.

С экзистенциальной точки зрения, пограничное расстройство личности – это страдание, при котором нарушение обнаружения собственного Я возникает, прежде всего, в связи с нарушением переживания отношений и эмоциональной жизни (чувствование жизни), что связа-

но с соответствующим биографическим опытом (см. ниже). Поэтому поиск себя у пограничного пациента как бы перевернут – он ищет себя через переживание отношений и через чувствование жизни («влечение», «драйв»). Он ожидает получить именно здесь компенсацию, потому что его страдания в настоящий момент возникают именно в этой области и связаны с ней.

Пережитые страдания и дефициты приводят к слабости Я, что затрудняет или делает невозможным для пограничного пациента приближение к своим чувствам. Благодаря такому сочетанию третьей и второй фундаментальных мотиваций, «у него нет себя (3 ФМ), потому что он себя не чувствует (2 ФМ)». Из-за этого в его переживании отношений появляется значительная динамика и нестабильность, поскольку такой пациент не может вывести собственные чувства наружу через размышления, внутренний диалог или заяв-

ление о себе и не может таким образом поместить себя в нужную ситуацию.

У пациента с пограничным расстройством нет «безопасных внутренних объектов». Он также не может поставить себя на место других людей, не может «ментализовать». У него нет стабильной картины самого себя (3 ФМ), и поэтому у него нет стабильной картины безопасных, поддерживающих отношений, которые могли бы существовать в отсутствие реального человека. Это приводит к дополнительным трудностям в формировании отношений. Нестабильность касается не только отношений с другими людьми, но и собственного образа пациента. Его переживания и поведение характеризуются наличием больших дефицитов, что создает ненасытную нужду. Это может легко привести к зависимости.

Зависимость переключается с дефицитами, специфичными для пограничного

расстройства, поскольку при зависимости имеет место желание получить от жизни больше. Это переживание бездонно, оно сопровождается большой жадностью, которую невозможно утолить, она снова и снова «пожирает», требуя все большей дозы, как уже упоминалось выше. Можно назвать это «булимией психических стимулов», чрезмерной и не обращающей внимания ни на качество, ни на количество.

В отличие от депрессии, при пограничном расстройстве пациент активно борется с дефицитом, он жадно ищет жизнь, в то время как в депрессии человек пассивен, отворачивается от жизни, потому что ему она не кажется хорошей. Может показаться удивительным, что пограничный пациент, несмотря на свои страдания, не отворачивается от жизни, не устает от нее, чувствуя жизнь только как бремя и безнадежность, а неустанно борется за жизнь, хотя снова и снова ее утрачивает.

Его попытка ухватить себя всеми средствами, которые обещают жизнь и могут пробудить чувства, сопровождается потерей способности к дистанцированию. Людям с пограничным расстройством трудно соблюдать дистанцию от собственного переживания, поэтому разговор о переживании оказывается не всегда возможен не только непосредственно в самой ситуации, но даже зачастую и после событий. Именно в этой неспособности дистанцироваться от переживания кроется непостижимость силы пограничной динамики. Однако это является характерной чертой расстройств личности в целом – некоторые ситуации, включая нейтральные, представляют собой непостижимо сильную угрозу, что приводит к мгновенному распаду Я-функций. Для того, чтобы справиться с угрозами и болью от этого распада, включаются бурные копинговые реакции, над которыми у больного больше нет контроля, поскольку их отличает сила и напор.

Откуда возникают структурные дефициты Я?

Дефициты при формировании Я возникают в результате сложного взаимодействия генетических предпосылок и жизненного опыта человека в процессе его взаимодействия с миром (см. также

⁵ Это означает: это необходимо и связано с надеждой, что это сможет предотвратить нужду.

Buchheim, 2011, 167). Именно эти структуры всегда лежат в основе расстройств личности:

1. предрасположенность, врожденная склонность;
2. травматизация, психические страдания и депривация;
3. опыт научения, который развивает копинговые реакции.

Предрасположенность, врожденная склонность

Если мы понаблюдаем за человеком с пограничным расстройством, мы заметим у него неспособность или ослабление способности поддерживать и сохранять на постоянном уровне в течение долгого времени внутреннюю связь с самим собой. Постоянно возникает феномен «исчезания», угасания и затухания внутренней соотнесенности, что почти не замечают сами пациенты. Им необходимо, прежде всего, научиться замечать эту потерю себя, однако часто это не становится частью постоянного, естественного восприятия. Неспособность к этому, а также другие пограничные черты, которые можно наблюдать у человека уже в детстве, указывают в некоторых случаях на присутствие в разной степени врожденной слабости (склонности) к контролю аффектов или функций Я.

Исследование близнецов (Torgersen et al., 2000), в котором генетические факторы объясняют приблизительно 69% дисперсии, считается доказательством значительной роли наследственных факторов в возникновении пограничного расстройства личности. В данном исследовании сравнивались показатели совпадения 92 монозиготных и 129 дизиготных близнецов, характеристики одного из которых соответствовали критериям расстройства личности.

Китайское исследование близнецов дало сопоставимые результаты: коэффициент наследственности для расстройств личности кластера «В» составил 65%, но пограничное расстройство не учитывалось отдельно (Ji et al., 2006). В ходе недавнего норвежского исследования близнецов (Kendler, 2009) авторы пришли к выводу, что расстройства личности на 20–41% имеют наследственный харак-

тер. В данном исследовании было показано, что личностные кластеры «А», «В» и «С» в меньшей степени зависят от генетической предрасположенности и, наоборот, более подвержены влиянию специфических факторов окружающей среды. Также были выявлены три генетических фактора, имеющие отношение к расстройствам личности: первый фактор не-

Постоянно возникает феномен «исчезания», угасания и затухания внутренней соотнесенности, что почти не замечают сами пациенты. Им необходимо, прежде всего, научиться замечать эту потерю себя, однако часто это не становится частью постоянного, естественного восприятия. Неспособность к этому, а также другие пограничные черты, которые можно наблюдать у человека уже в детстве, указывают в некоторых случаях на присутствие в разной степени врожденной слабости (склонности) к контролю аффектов или функций Я

специфичен и указывает на уязвимость к развитию расстройства личности, второй фактор влияет на развитие пограничного расстройства личности и антисоциального расстройства личности, третий фактор значим в отношении шизоидного и избегающего расстройств личности. До сих пор существует лишь небольшое количество исследований близнецов, в которых изучалась наследуемость пограничного расстройства. Хотя полученные результаты различаются, они указывают в одном направлении и не оставляют сомнений в том, что пограничное расстройство содержит в себе значительную генетическую составляющую. Также было доказано, что черты личности, лежащие в основе пограничного расстройства, могут быть унаследованы (Livesley et al., 1998; Livesley, Jang, 2008).

Травматизация, психические страдания и депривация

При развитии пограничных расстройств имеют значение специфические психологические травмы, особенно травмы, связанные с взаимоотношениями. Самые важные из них:

- а) Напряженная обстановка в семье. Пациенты часто сообщают о ситуациях, в которых значимые люди вели себя по отношению к ним противоречиво и непоследовательно. То, что один значимый человек считал хорошим, другой осуждал и наказывал за это. Один

и тот же человек одну и ту же вещь считал в один момент правильной, а в другой – неправильной. Внешне человек изображал одно, на самом деле внутри себя, он думал по-другому (например, неприятие насилия). Пациенты чувствовали себя как на повозке с двумя лошадьми, тянущими в разных направлениях.

- б) Боль в связи с потерей отношений или недостатком отношений. Причиной многих болезненных переживаний пограничных пациентов послужило то, что их бросили. При этом они ощущали, что были отняты у самих себя, потому что на уровне чувств они были единым целым с другим человеком (симбиотически слиты). Поэтому пограничный пациент теряет себя в настоящем, если другой уходит. С уходом другого его Я отнимают, и остается только пустая оболочка. Это – неопишуемая боль, потому что человека, по сути, «отрывают от себя живьем». Однако зачастую пациенты переживают ложную гармонию в отношениях, которые они воспринимают как пустые и обманчивые, поэтому эта гармония не является надежной. Слишком часто такие пациенты испытывали боль от того, что их бросили, поэтому они защищаются от этого и изолируются от других.
- в) Родители, которые не могут адекватно принимать детские чувства. Пациенты, страдающие пограничным расстройством, часто сталкивались с тем, что их детские аффекты не воспринимались родителями адекватно, поэтому патологическое воздействие таких аффектов не было «обезврежено». Пациенты не переживали бы тот факт, что переполняющие их чувства достигали «накала», если бы их успокаивали. Но вместо этого они сталкивались с произволом, угрозами, или же перед ними

С уходом другого его Я отнимают, и остается только пустая оболочка. Это – неопишная боль, потому что человека, по сути, «отрывают от себя живьем». Однако зачастую пациенты переживают ложную гармонию в отношениях, которые они воспринимают как пустые и обманчивые, поэтому эта гармония не является надежной. Слишком часто такие пациенты испытывали боль от того, что их бросили, поэтому они защищаются от этого и изолируются от других

изображали ложную реальность, заставляя чувствовать себя так, будто они находятся «не в своем фильме».

г) Необходимость приспосабливаться. Девиз в семьях некоторых будущих пограничных пациентов был таков: «Если ты спокойно себя ведешь и тебе ничего не нужно, ты хороший. Если тебе что-то нужно, ты злой и плохой». Переживаемые отношения характеризовались манипуляциями и противоречивой коммуникацией (Doublebinds).

д) Боль из-за насилия, особенно в рамках первичных и самых близких отношений. Насилие регулярно встречается в биографиях пациентов, страдающих пограничным расстройством. Психологические травмы могут быть вызваны неуважительной близостью, (например, злоупотреблениями со стороны близких родственников), ранящими семейными отношениями, изна-

стройства коррелирует с тяжестью сексуальной травматизации (Zanarini et al., 2002; Silk et al., 1995). Однако это не означает, что сексуальное насилие или наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является необходимым или достаточным условием для развития пограничного расстройства, или что пограничное расстройство является хронической формой ПТСР, как утверждают некоторые клиницисты (например, Driessen et al., 2002).

Вследствие опеченения от боли, пациенты перестают испытывать чувства и вскоре поэтому утрачивают способность переживать себя как Person. Другие темы второй и третьей фундаментальных мотиваций такие, как нарушение границ или обесценивание, возникают, когда затрагиваются соответствующие травмы в отношениях сознательно или бессознательно.

Будучи детьми и подростками, они не получали руководства или не имели примеров для подражания, которые могли бы передать им непрерывную обращенность к себе. Напротив, семейная атмосфера характеризовалась трезвым, эксплуататорским, функциональным взаимодействием друг с другом и с самим собой, зачастую ориентированным только на достижение поставленных целей. Вдобавок к этой грубой деловитости, имело место отсутствие заботы и внимания друг к другу и к самому себе

силованиями, ограничениями свободы и т.д. 25–70 % пациентов подвергались сексуальному насилию, но физическое насилие также приводит к значительной травматизации – 30–40 % пациентов подвергались физическому насилию (Herpetz, Saß, 2011, P. 39).

Другие источники сообщают о 65% пострадавших от сексуального насилия, об около 60% – от физического насилия и около 40% – от беспризорности (Bohus, Schmahl, 2007). Таким образом, очевидно, что психосоциальные факторы играют центральную роль в этиологии пограничного расстройства личности. Имеются эмпирические данные, свидетельствующие о том, что тяжесть пограничного рас-

Опыт научения, который развивает копинговые реакции. Дефициты в формировании Я, обусловленные процессами научения, имеют, прежде всего, две причины. С одной стороны, пациенты на собственном опыте успешного реагирования обучаются, тому, что, оказывается, легче получить то, чего они хотят, если повторно реагировать по определенной (пограничной) схеме, поскольку это обеспечивает защиту или даже доминирование над окружением. С другой стороны, они учатся на примере своего окружения – будучи детьми и подростками, они не получали руководства или не имели примеров для подражания, которые могли бы передать им непрерывную обращенность к себе.

Напротив, семейная атмосфера характеризовалась трезвым, эксплуататорским, функциональным взаимодействием друг с другом и с самим собой, зачастую ориентированным только на достижение поставленных целей. Вдобавок к этой грубой деловитости, имело место отсутствие заботы и внимания друг к другу и к самому себе.

Разрывающая боль

Недостаточная внутренняя жизнь

Сам по себе человек с пограничным расстройством очень беспомощен в своей внутренней жизни. Когда он не получает поддержки извне, он похож на потерянного, одинокого ребенка. Потому что сам по себе, наедине с собой, он себя не чувствует. Он едва ощущает отношения с самим собой, и именно так он теряет себя. И тогда внутри него становится смертельно пусто. Какое чувство лежит в основе этого процесса? Как переживает себя пограничный человек?

На поверхностном уровне можно увидеть, что такой человек чувствует себя внутренне онемевшим и пустым, так как он не может ощутить себя изнутри, он нуждается для этого во внешнем мире. Но вместе с онемением и внутренней пустотой в нем всегда присутствует напряжение. Подобная двойственность пронизывает всю внутреннюю жизнь человека с пограничным расстройством. Он никогда не бывает целостным, в нем всегда присутствуют два противоположных полюса, которые создают в нем напряженность и внутренний конфликт.

Глубже находятся три причины структурных дефицитов я: предрасположенность (идет рука об руку с ощущением «таков я есть»), травматический опыт и процессы обучения. Последние две причины представляют собой историю жизни человека, которую он ощущает. Под кажущейся пустотой и напряженностью пациента с пограничным расстройством скрывается огромная боль. Изначально эта боль возникла из личного опыта человека, когда его не замечали и не видели как Person – как того, кем он является (3 ФМ). Пациенты практически не испытывали в отношении себя сочувствия и сострадания, но переживали непоследователь-

ное и противоречивое отношение к себе в сочетании с насилием (2 ФМ), подавлением собственного Я, превращением их в соучастников (3 ФМ), отчуждением от реальности (1 ФМ), потерей ориентации (4 ФМ) и тд.

Самый глубокий корень – это боль

Все указанное выше воздействует на изначально предрасположенность к пограничному расстройству в области чувств и далее закрепляется в копинговых реакциях. Успешное функционирование копинговых реакций так основательно отгораживает болезненные переживания, что боль оказывается погребенной глубоко внутри и больше не ощущается. Следовательно, основной причиной пограничного переживания является боль. Это первоначальная боль от того, что человек пережил, в сочетании с вторичной болью от потери отношений с самим собой – не иметь себя и не быть в состоянии остаться у себя, ощущая себя.

Анализ феноменального содержания переживания делает понятным содержание боли. Человеку снова и снова приходилось переживать, что его сущность – то, кто он есть и какой он есть (3 ФМ) – не любят. Он испытал слишком мало живой близости, в которой он мог бы погреться (2 ФМ). На основании этого опыта он сам себя не любит. Вот почему ему так тяжело, когда его покидают. Это служит подтверждением того чувства, что его не видят, не любят, а также его непривлекательности. На основе тяжелого предыдущего опыта он переживает это как нечто смертельное. Потому что это ампутирует чувства к себе и к другим. Но он хочет жить! Вот почему боль так сильна и с такой мощью мобилизует копинговые реакции.

В то же время, степень чувствительности человека, страдающего пограничным расстройством, настолько высока, что боль утраты отношений у него может быть вызвана мелочами, например, если такой пациент участвует в групповом собрании и чего-то не понимает. Сразу же возникает боль: «Я не один из них, они не хотят меня, я им безразличен». Боль у него возникает, даже если его не покидают. Достаточно, чтобы другой человек отвернулся, чтобы у пограничного пациента возникло чувство «ты меня у меня отнимаешь».

Отвержение и уход другого человека причиняют большую боль, чем когда пациента просто не принимают. Когда происходит болезненное расставание, ему обычно предшествуют отношения, ко-

Под кажущейся пустотой и напряженностью пациента с пограничным расстройством скрывается огромная боль. Изначально эта боль возникла из личного опыта человека, когда его не замечали и не видели как Person – как того, кем он является. Пациенты практически не испытывали в отношении себя сочувствия и сострадания, но переживали непоследовательное и противоречивое отношение к себе в сочетании с насилием, подавлением собственного Я

торые ощущались как хорошие, поэтому потеря больше, чем, если бы отношений еще не было. Мало того, что уход другого обесценивает пограничного пациента (здесь возникает родственная близость с нарциссизмом), он означает гораздо большее: он отнимает у пограничного пациента отношения с самим собой. У него возникает чувство: «Ты отнимаешь меня у меня. Я теряю себя, и жизнь во мне иссякает». Потому что нам нужна самость, чтобы сформировать Я.

Когда пациента отвергают, бросают, он буквально распадается. Тогда он чувствует:

Пограничный пациент, с его интенсивными, нестабильными, взрывоопасными и насильственными аффектами, озабочен не привлечением внимания, не тем, чтобы его учитывали, уважали, Речь для него идет не о свободном образе жизни или фанатичной ориентации на цель, как при гистрионном, нарциссическом, антисоциальном или параэкзистенциальном расстройстве личности, а о чувствовании жизни и об отношениях с собой. Его девиз таков: «Я есть я, когда я могу чувствовать!»

«Я расчленен пополам, просто расколот, значит меня больше не существует, потому что Я бывает только одно, а не два, и не в расщепленном виде. Таким образом, я растворяюсь на части и теряю вместилище, в котором удерживается жизнь!» Основное чувство в пограничном опыте – раскол, внутренняя разорванность, которую клиенты все время носят внутри себя. Это переживание на грани психоза.

Пациент находится в тяжелейшей нужде, потому что не может самостоятельно удержать свое Я. Ему нужен другой человек, который будет для него вместилищем в их отношениях, тогда он сможет почувствовать свое «Я» и ощутить жизнь. Это делает понятным цепляние пациента за Другого – поскольку он не может сам удержаться, ему необходим Другой, чтобы он мог быть.

Именно поэтому пограничный пациент, с его интенсивными, нестабильными, взрывоопасными и насильственными аффектами, озабочен не привлечением внимания, не тем, чтобы его учитывали,

уважали, Речь для него идет не о свободном образе жизни или фанатичной ориентации на цель, как при гистрионном, нарциссическом, антисоциальном или параэкзистенциальном расстройстве личности, а о чувствовании жизни и об отношениях с собой. Его девиз таков: «Я есть я, когда я могу чувствовать!»

Ему необходимо суметь психологически выжить при отсутствии отношений с самим собой, при отсутствии связи между отдельными аспектами переживаний, которые он не может свести вместе (хорошее и плохое, нестабильное, импульсивное и тд.).

Он страдает от того, что (внутри) он не чувствует себя и поэтому не может быть самим собой. Но у него большая дилемма. Потому что, если бы у него появилось чувство к себе, то та огромная боль, которую он в себе несет, практически бы убила его. Поэтому ему нельзя самому прийти к чувству себя. И здесь снова присутствует расщепление. Если бы у него возникло реальное чувство к себе и к своей жизни, это тоже не позволило бы ему соединить себя, потому что боль, которую он тогда бы чувствовал, была бы невыносимой.

Отношения должны облегчить положение

Для того, чтобы облегчить свои страдания, пограничный пациент устанавливает отношения. Ведь отношения порожда-

ют чувства, которые стимулируются извне и поэтому не являются такими угрожающими, как собственные чувства. Поскольку такой пациент очень зависим от внешнего мира и поэтому должен «добиваться» отношений, он устанавливает отношения,

Запутывание другого – это очень ловкий способ завязать отношения, не вступая в них. С одной стороны, это приносит облегчение пациенту, а с другой, он одновременно с этим выстраивает внушительную самозащиту. Потому что, благодаря такому особому виду вовлеченности, он находится в отношениях, но, в то же время, удерживает другого на расстоянии, чтобы тот не подошел слишком близко

даже если другие вообще не хотят связываться с ним, он вовлекает их так, что они не могут уйти. Пограничный пациент пытается сделать это с терапевтом, с командой терапевтов, на работе, в семье. Но, даже если другой человек вступает с ним в отношения, сразу же возникают сложности – человек ощущает, что он больше не свободен в общении. Другой человек переживает, что им манипулируют, что его загнали в угол, что его несправедливо обвиняют, ему кажется, что он «попал не в тот фильм», потому что он больше не понимает, что происходит. Запутанность возникает из-за эксплуататорского и симбиотического характера построения отношений у пограничного пациента. Он не может дать другому быть самим собой, он может его только использовать. Чтобы

Пограничный пациент не способен почувствовать себя самого. А отношения с другим человеком он чувствует только тогда, когда они напряженные. Гармоничные отношения ему ничего не дают, они просачиваются в его разорванную структуру личности, что сразу же приводит к ожесточенной реакции. Однако, если возникает собственное чувство, он приближается не только к себе, но и к боли

добиться того, что ему нужно, такой пациент вступает в отношения с другими, несмотря на то, нравится им это или нет – они должны иметь с ним дело.

Запутывание другого – это очень ловкий способ завязать отношения, не вступая в них. С одной стороны, это приносит облегчение пациенту, а с другой, он одновременно с этим выстраивает внушительную самозащиту. Потому что, благодаря такому особому виду вовлеченности, он находится в отношениях, но, в то же время, удерживает другого на расстоянии, чтобы тот не подошел слишком близко. Ибо другой, из-за этой вовлеченности,

оказывается поглощен сам собой, потому что он не может понять, как ему удалось так погрязнуть в аффективном потоке пограничного человека. Таким образом, пограничный пациент может безопасно участвовать во внутренней жизни дру-

гого, подобно кровопийце, с безопасного расстояния, что на самом деле является паразитированием. Это влечет за собой два трагических последствия для пациента с пограничным расстройством: для понимания самого себя и для образа самого себя. Пограничный пациент путает свое Я с аффектами (а) или монологами внутренних голосов (б):

а) Если в отношениях возникает стресс, он мгновенно вызывает сильную боль, которая грозит расколоть душу пациента (потому что при этом затрагиваются все переживания отверженности, возникает ощущение отрыва его от самого себя, так, что его Я растворяется). Если такой пациент испытывает насилие или разрыв в отношениях, его это сильно задевает, и он мобилизует все

свои силы против этого. Если его затем бросают, ему становится очень плохо, потому что при отщеплении все отделяется от него. Когда во взаимоотношениях стресс, в нем говорит только боль, которая заключена в психодинамическую оболочку. Начальное переживание Я, которое ему до этого обеспечивали отношения, продолжается в стрессовом переживании. И тогда Я является только психодинамикой, только болью и защитой витальности, оно переполнено аффектами, негативными переносами и проекциями. У него такое состояние, как у па-

циента Маркуса Ангермаера, который сказал ему: «Если Вы действительно меня поддерживаете, тогда Вы можете мне наконец изнасиловать кого-то». Эти чувства он принимает за проявление своего Я.

б) В том случае, если в отношениях нет стресса, или если пациент остается один, он ощущает те внешние отношения, которые вспоминает (то есть, те «Ты», благодаря которым должно было сформироваться «Я»). Они заменяют Person и занимают то место, где должен происходить внутренний диалог (это может быть либо проективная идентификация, либо просто овладение другим и удержание другого, или продолжающееся поглощение со стороны другого). Голоса других говорят в нем так, как если бы это был он сам, и он не может этому сопротивляться. Слабое Я не может им ничего противопоставить, происходит монолог вместо диалога. Таким образом формируется внутренняя диктатура, потому что Я не функционирует как Person. Это создает нестабильность, и клиент колеблется, например, во внешних отношениях между нежностью и агрессивностью, между сентиментальностью и жесткостью, поскольку у него нет чувства себя, на которое он мог бы ориентироваться (сопереживая при этом другому).

И здесь еще возникает отягощающая дилемма, связанная с чувством. Чтобы человек смог проживать отношения, ему нужна способность чувствовать. Однако чувствовать всегда означает также чувствовать себя. Но пограничный пациент не способен почувствовать себя самого. А отношения с другим человеком он чувствует только тогда, когда они напряженные. Гармоничные отношения ему ничего не дают, они просачиваются в его разорванную структуру личности, что сразу же приводит к ожесточенной реакции. Однако, если возникает собственное чувство, он приближается не только к себе, но и к боли. Это приводит к маятниковой реакции и к упомянутой нестабильности – если ему удастся оторвать боль, он снова теряет контакт с самим собой. Если ему не удастся оторвать боль, отношения с собой становятся невыносимыми.

Резюмируя, можно сказать, что пограничный пациент должен чувствовать, но ему нельзя чувствовать себя. Он всегда находится в дилемме по поводу чувств и отношений – как бы он ни поступил, это будет неверно. Он разорван и эта разорванность тянется через всю его внутреннюю жизнь. Эта разорванность и противоречивость между необходимостью чувствовать и невозможностью это делать, являются проявлением его расщепления.

Развитие расщепления: расколотый мир, расколотая самость и расщепленная Я

Феномен расколотого Бытия уже несколько раз встречался в описании пограничного расстройства. Как происходит это развитие? И какие копинговые реакции происходят из этого?

Раскол за счет противоречий во внешнем мире

Этот раскол начинается с (феноменологического) восприятия внешней реальности, которая противоречива и полна амбивалентностей, что приводит к препятствиям или разрушению развития Я. Противоречивые послания затрудняют или делают невозможным для пациента принятие решения в пользу себя, понимание, чего он хочет, или кто он такой. При этом речь идет не обязательно об открытых или ярко выраженных противоречиях, а о феноменальном содержании или о посланиях, которые приходят к нему из мира взаимоотношений. Их можно следующим образом обобщить:

«Будь! (то есть, «функционируй, приспособляйся» или «ты мне нужен для меня» – извращенная 3 ФМ), но «тебе не позволено жить!» (отвержение 2 ФМ). «Тебе нельзя идти своим путем по жизни! Тебе нельзя быть собой!» (3 ФМ).

Внешнее восприятие себя (социальная самость) уже расколота внутри (будь! – но не живи!). В этих противоречивых посланиях обнаруживается исходная форма раскола. Интернализированные феноменологические содержания, порожденные противоречивым миром взаимоотношений (которые сами по себе жестокие и насильственные и игнорируют персональные потребности ребенка), являются

первопричиной непостоянной картины себя.

а) Раскол за счет несоответствия между внешней и внутренней реальностью

Автохтонная внутренняя реальность (переживание себя) противостоит внеш-

Внешнее восприятие себя (социальная самость) уже расколота внутри (будь! – но не живи!). В этих противоречивых посланиях обнаруживается исходная форма раскола. Интернализированные феноменологические содержания, порожденные противоречивым миром взаимоотношений (которые сами по себе жестокие и насильственные и игнорируют персональные потребности ребенка), являются первопричиной непостоянной картины себя

ней и тем самым усугубляет страдание от раскола – есть собственное, внутреннее жизненное чувство: «Я хочу жить, я хочу быть собой!», которое противостоит внешнему посланию. Внутренняя реальность постоянно подавляется внешней: «Но тебе нельзя себе доверять. Тебе нельзя быть таким, какой ты есть. Тебе нельзя верить своим чувствам. На самом деле тебе нельзя жить!» Таким образом, формирующееся собственное снова и снова раздирается на части в результате злоупотреблений и насилия.

Противоречивость между внешней и внутренней действительностью – это следующий раскол, который присоединяется к разорванному миру. Она сопровождается мощным витальным бунтом против этого подавления жизни. В этом бунте коренится импульсивность, характеризующая поведение пограничного пациента. Нарушение контроля над импульсами можно рассматривать как реакцию на глубинный опыт: «Это мне не соответствует! Это не я!» (3 ФМ).

б) Постоянное болезненное напряжение

Следствием раскола является следующее. Пациент, как человек, существует. Он здесь, и он это знает. Но он не может себя почувствовать. Существует внутренняя разделенность.

Пограничный пациент нуждается во внешних отношениях, которые часто бывают такими жестокими и извращенными, и которые ему не соответствуют, для соединения внутренних отношений. Поэтому он откликается на них, но при этом постоянно пребывает в напряжении и страхе. Ибо, с одной стороны, он зависит от внешних отношений, а, с другой, он слы-

ком хорошо знает их разрушительное влияние. Сочетание напряжения и страха создает «заряд», который наполняет внутреннюю жизнь интенсивностью. Отношения, в которых он живет, запуганы, это касается отношений как

с внешним миром, так и с самим собой.

Однако пациент амбивалентно относится к этому «заряду». Так возникает еще один раскол: с одной стороны, ему это необходимо, но с другой, он жаждет избавиться от этого. Ибо этот «заряд» является не только результатом расщепленного опыта, но и средством, которое помогает ему выжить. Пациент нуждается в нем, т.к. он выполняет двойную функцию:

- Позволяет почувствовать жизнь, что делает его стабильным элементом. Пациент нуждается в этих копинговых реакциях, чтобы выжить. Этот «заряд» является своего рода постоянным внутренним «драйвом».
- Защищает от внутренней боли, протирается над болью, как мост. В этой «заряженности» пациент все время занимается внешним миром, отношениями, он не соприкасается со своей внутренней жизнью и своей болью. Бунт направлен вовне. Он даже не может остаться с собой, его уводит от себя, и его слабое Я сдается (отреагирование «acting out behaviour»). Под воздействием такого сильного напряжения он не может успокоиться и подумать о себе и своей жизни. Одновременно с этим он чувствует себя, благодаря своему напряжению, он «занят собой» (т.е. своим напряжением)⁶.

Он переживает себя только в напряжении, которое существует между расколотыми внутри него частями. Поскольку он может жить только в напряжении, он всегда несет это напряжение с собой, он также везде его вносит. Это напряжение за счет его внутреннего раскола делает его особенно чувствительным к изменениям, происходящим в отношениях от-

Для цитирования: Лэнгле Альфрид. Без чувствования...? Меня нет! Об отчаянном хватании человека за жизнь // Национальный психологический журнал. – 2020. – № 2(38). – С. 39–53. doi: 10.11621/npj.2020.0204

For citation: Längle Alfried (2020). Without feeling? I am not there! On human's reaching out for life. National Psychological Journal, [Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal], (13)2, 39–53. doi: 10.11621/npj.2020.0204

дельных людей в какой-то группе. Он чувствует любые различия, и поэтому группа также распадается в его переживании на две части. Как следствие, он относится к людям в своем окружении тоже по-разному. Таким образом, он переносит свой внутренний раскол и напряжение в группу, которая теряет чувство принадлежности и выполняет своего рода «расстановку» для пограничного пациента и его несвязанных частей. Здесь расщепление активно используется как защитная ре-

«Я хочу жить, но то, что я пережил, и чего мне не хватает, не позволяет мне быть собой и воссоединить меня. Мой мир не позволяет мне вернуться к жизни» – вот, что он чувствует. «Гвоздь» символизирует боль от того, что человек не может быть с самим собой, не может свести себя воедино, не может оставаться в отношениях с собой. Он переживает, как хороша иногда жизнь, а затем вновь, как она болезненна. И он не может ничего против этого предпринять. Быть настолько глубоко вну-

процесс, а результат» (Kind, 2011, P. 31; Freud, 1940). Таким образом, этот (тоже экзистенциально-аналитический) взгляд отличается от понимания Кернберга, который считает, что у пограничных пациентов патологии определяют активные процессы расщепления, возникшие из-за ранней детской фиксации. Это понимание исторически повлияло на теорию, позволившую впервые заговорить о пограничной организации личности (см. Kind, 2011, P. 24, 26). Феноменологическое описание основывается не на развитии защитных механизмов, а на переживании мира и себя. Поскольку эта точка зрения в значительной степени феноменологически вытекает из наблюдений, ее следует рассматривать как независимую от теории.

Возможно, в конце этого раздела будет полезно провести сравнение со здоровым переживанием. Человек, не страдающий пограничным расстройством, может удерживать и перерабатывать противоречивую информацию. Предпосылкой для этого является то, что он может сохранять отношения с самим собой (2 ФМ), вступать с собой в диалог, оставаться в контакте с собой и удерживать образ самого себя (3 ФМ). Таким образом, он сохраняет положительное для себя в собственной решимости и отношении к себе, несмотря на противоречивый опыт. Это не отрывает его от его самого. Ибо он несет в себе глубоко укоренившееся чувство того, что его любили таким, какой он есть.

в) Создание образов, особенно в сфере отношений

Другой элемент пограничных процессов – это копинговая реакция активизма. Она способствует преодолению противоречивых отношений с миром, поскольку, с одной стороны, клиенту нужен мир для образования его Я, с другой стороны, у него нет реальной открытости перед миром из-за дефицитных структур его Я. Мир слишком болезненен, он постоянно поражает одно и то же болезненное место внутреннего раскола, когда человек сталкивается с противоречивым опытом в отношениях. В качестве защиты он начинает заменять восприятие образами. Он продолжает обращаться к поддельной реальности, которую он переживал в детстве.

Он переносит свой внутренний раскол и напряжение в группу, которая теряет чувство принадлежности и выполняет своего рода «расстановку» для пограничного пациента и его несвязанных частей. Здесь расщепление активно используется как защитная реакция (рефлекс мнимой смерти), которая особенно близка ему из-за его внутреннего расщепления

акция (рефлекс мнимой смерти), которая особенно близка ему из-за его внутреннего расщепления. Оно происходит каждый раз тогда, когда затрагивается первичная травматическая ситуация, т.е. тоже независимо от групп.

Но напряжение сопровождается и стремлением к покою. Умиротворение наступило бы, если бы он смог объединить эти части внутри себя. Здесь также присутствует это расщепление в динамике: он нуждается в напряжении, но также он хочет избавиться от него. Это стремле-

три расколотым и никогда не знать себя полностью – это ужасная боль.

Резюмируем: если подойти феноменологически к биографиям пограничных пациентов, можно наткнуться на «расколотый мир» (хороший или болезненный, следовательно, структурирующийся или растворяющийся) и на «расколотую самость» (зависа от внешних отношений, но внутренне сопротивляясь этому; существуя, но не чувствуя себя).

Фундаментальное переживание – бытие расколотым. Этому соответствуют ре-

Человек, не страдающий пограничным расстройством, может удерживать и перерабатывать противоречивую информацию. Предпосылкой для этого является то, что он может сохранять отношения с самим собой, вступать с собой в диалог, оставаться в контакте с собой и удерживать образ самого себя. Таким образом, он сохраняет положительное для себя в собственной решимости и отношении к себе, несмотря на противоречивый опыт

ние проецируется и на внешние отношения. Он хочет единства с людьми во внешнем мире, хочет, чтобы они были тесно связаны с ним, как будто «спаяны». Если ему это удастся, тогда отношения становятся симбиотическими. Такое саморастворяющееся слияние – высшее счастье для пограничного пациента.

Но что бы случилось, если бы напряжение ослабло и он не саморастворился? На что бы он наткнулся? Сразу же стала бы ощутимой огромная внутренняя боль. Боль сравнимая с той, какую ощущаешь сев и внезапно наткнувшись на гвоздь.

акции, а также зачастую его действия – все изначально расколото.

Однако это также означает, что расщепление изначально должно рассматриваться не как причина возникновения пограничного нарушения, а как следствие еще более глубокого фундаментального состояния, а именно, первичного переживания раскола. Только впоследствии это первичное переживание в стрессовых ситуациях возникает в качестве защитной реакции. Это может соответствовать идее Фрейда о расщеплении, согласно которой «расщепление Я – это не

⁶ В отличие от других расстройств личности из этой группы таких, как у истерика, который занят, например, тем, чтобы быть увиденным.

Он живет со своими конструктами, которые он принимает за реальность⁷. Однако, поскольку они не соответствуют действительности, можно с полным правом утверждать, что пограничные пациенты не могут ментализовать (Fonagy et al., 2004). Они избавляются от тревожного и негативного в своем опыте, оно маскируется образами. Ведь в созданном пациентом образе другого этот человек всегда придерживается того же мнения, что и он сам, всегда рядом с ним, как он этого хочет, у него нет собственного мнения, которое могло бы привести к противоречию и могло бы свидетельствовать о неизбежном разрыве ... В образах пациента мир в порядке.

В качестве копинговой реакции эти образы имеют жизненно важное значение, поскольку представляют собой важную защиту. При всех преимуществах, они имеют все же большой недостаток. Они делают человека ригидным – ведь теперь «нельзя, чтобы это было иначе» (3 ФМ), чем его образ, и в том виде, в каком ему поведение другого необходимо, потому что это лишило бы его опоры, а его самость опирается на это.

Выше мы уже отметили, что пограничные пациенты используют также расщепление как копинговую реакцию: все, что касается исходного травматического события и может попасть в старые раны, отщепляется. Приведем еще одно объяснение применения расщепления, основанное на функции создания образов. Если построенному образу угрожает реальность, возникает риск потери внутренней организации. Фактически это, прежде всего, означает потерю внутренних отношений. Это может привести к серьезным последствиям. В результате этой дестабилизации может быть утрачена почва самости, а через этот мост и связь с «реальностью».

Как пограничный пациент решает эту дилемму? Преимущество построенных образов состоит в том, что их конструкция может быть изменена. Поэтому он может сравнительно легко отказаться от этого образа и создать другой на противоположном полюсе (демонизация или идеализация). Он должен быть как можно дальше от угрожающего в настоящее время образа, чтобы реальность совершенно

точно больше не могла стать угрозой. Его также следует, по возможности, убрать из всех существующих отношений, а раздражающий, «реальный другой» должен быть «предан смерти». Если также иметь в виду, что базовая психическая конфигурация – раскол, становится ясным, что в этом случае вряд ли возможна другая реакция, ведь что не является положительным, должно быть отрицательным ...

Эти процессы, при которых происходит потеря реальности, указывают на параллель с психозом. Пограничное рас-

Создание образов – это реакция на потерю себя в мире. Поскольку у пограничного пациента «нет себя» по причине дефицитарных и заблокированных Я-структур, он не может приблизиться к реальности другого. Если он находится с ним в отношениях, то, по-сути, это отношения не с ним, а с его образом. Он превращает другого в то, что ему нужно (здесь вступает в дело манипулятивное поведение в пограничной динамике).

стройство описывается как близкое к психозу расстройство (Freyberger, 2011). Но, поскольку остается неповрежденная связь с фактической (и не связанной с отношениями) реальностью, психотического развития не происходит, и это состояние является своего рода промежуточным.

Создание образов – это реакция на потерю себя в мире. Поскольку у пограничного пациента «нет себя» по причине дефицитарных и заблокированных Я-структур, он не может приблизиться к реальности другого. Если он находится с ним в отношениях, то, по-сути, это отношения не с ним, а с его образом. Он превращает другого в то, что ему нужно (здесь вступает в дело манипулятивное поведение в пограничной динамике). Что касается отношений, пациент всегда закичивается на своих образах и может приблизиться к реальности только тогда, когда есть сильные стимулы (драйв). В то же время, он очень чувствителен к мелочам в тех местах, которые для него болезненны – например, для взрыва может быть достаточно слегка искривленного уголка рта. Он не может выдержать того, что реальность другая, чем его образ.

Пограничный пациент не может в полной мере воспринимать реальность отношений и, в первую очередь, не может ее принять. Поэтому он не обладает буферной способностью в пережива-

нии, потому что при противоречиях он тут же теряет внутреннюю почву и поддерживающий образ. По мнению Кернберга (1984), пограничный пациент не умеет вытеснять, потому что он застрял в незрелых защитных структурах. Нам кажется, что пограничные пациенты всегда должны бороться и реагировать так быстро, потому что они не могут принять эти переживания. Само-дистанция невозможна без этого фундамента: «Мочь Оставить». Вот почему он не может позволить реальности его скорректировать.

Он предпочитает бороться за сохранение образа, потому что это гарантирует ему стабильность и определенное постоянство и, прежде всего, облегчение боли. Для того, чтобы сохранить свой образ, он становится манипулирующим, заталкивая его в определенные рамки, как кошка загоняет мышь в нужный угол. Только то, что вписывается в его картину, для него реально и дано. То, что не вписывается в нее, не реально, отщепляется.

По всем этим причинам, образ имеет превосходство над реальностью в области эмоций (об этом также известно из наблюдений за влюбленностью). Если образ больше не может приспособить пациента к реальности (что на самом деле является нормальным процессом, когда ты позволяешь реальности себя «почувать» и учишься), он делает обратное – он манипулирует реальностью, чтобы подчинить ее образу. Образ прав, пациент прав, но не реальность.

Специфические психодинамические ответные реакции на центральную боль

Помимо уже упомянутых выше копинговых реакций расщепления (рефлекс мнимой смерти) и создания образов (активизма), картина пограничных пациентов

⁷ Что также является основным фокусом *Transference Focussed Therapy (TFP)*, а именно, работа с искаженными ментальными представлениями себя и значимых других (Doering et al., 2010).

Поскольку пациент не может оставить другого, их отношения приобретают «симбиотический характер», причем, они являются скорее слиянием, чем единством. Однако это может происходить выборочно, не обязательно всегда отношения пациента с другим являются непрерывно проживаемым симбиотическим паттерном. В то же время, чувства другого человека являются для него эрзацем для недостающих отношений с собой – он чувствует себя в другом

характеризуется рядом других психодинамических ответных реакций, выполняющих защитную функцию или направленных на смягчение личностных дефицитов. Они придают картине пограничного расстройства характерные особенности.

Агрессия

Если есть опасность, что пациент может снова потерять себя, и его чувство близости к своим чувствам и телу может быть разорвано, т.е. его внутренние отношения с самим собой могут быть вновь утрачены, тогда у него возникает сильное чувство гнева, которое сотрясает все сложившиеся отношения. Этот сильнейший гнев направлен и на внешнее окружение, особенно на близких ему людей или на тех, кто ему угрожает, и внутрь – на самого себя. Для него очень важно удержать чувство близости к себе. Он яростно борется за него, он намеренно распаляет себя, что неизмеримо усиливает его ярость (ситуационно вплоть до невозможности остановить ее), потому что он при этом переживает, что все равно почти ничего не чувствует.

С другой стороны, агрессия по отношению к другим людям представляет собой своего рода интенсивные отношения. Гнев – это тоже форма выражения привязанности, которую он проявляет и которую вымогает у других. Она соответствует интенсивному типу отношений пограничного пациента, который на самом деле не может подойти близко к другому и постоянно должен себя защищать.

Поскольку пациент проживает отношения интенсивно и в слиянии, он нуждается в толчке агрессии, чтобы освободиться. Строго говоря, он на самом деле не может освободиться – по-сути, он должен «убить» другого, чтобы стать свободным.

Напряженность

Еще одной характеристикой пограничного поведения является напряженность.

Она коренится:

- в борьбе пациента за свою жизнь;
- в том, что он не чувствует границ – он не может их удерживать;
- в бесчувственности (напряженность помогает ему почувствовать хоть что-то),
- в скупости отношений или в страхе перед потерей отношений – пограничный пациент хочет вызывать в визави те чувства, которые ему кажутся безопасными для отношений, то есть те чувства, которые он сам хочет испытывать, основываясь на своей идеализации.

Только эти чувства точно являются «его», принадлежат ему, потому что они вызваны им, произошли из его ригидных представлений. Он не может дать другому свободу, автономию в таком чрезвычайно важном для собственного выживания вопросе. Поэтому он разрушает самость другого, и таким образом втягивает его в то переживание, которое он чувствует внутри себя – быть уничтоженным. Поскольку пациент не может оставить другого, их отношения приобретают «симбиотический характер», причем, они являются скорее слиянием, чем единством. Однако это может происходить выборочно, не обязательно всегда отношения пациента с другим являются непрерывно проживаемым симбиотическим паттерном. В то же время, чувства другого человека являются для него эрзацем для недостающих отношений с собой – он чувствует себя в другом. Таким образом, интенсивность его отношений помогает ему преодолеть внутренний раскол, расстояние между двумя частями в себе.

Постоянный поиск отношений

Постоянные, согревающие, надежные, верные отношения являются самыми исцеляющими для пограничного пациента, потому что они защищают, стимулируют и питают его внутренние отношения. Но здесь имеет место опасность – какой партнер может выдержать такие душающие объятия, столько манипуляций, до-

минирования, принуждения? Как другому удержать близость с пациентом в долгосрочной перспективе, без того, чтобы быть поглощенным, без постоянства в этом чередующемся водовороте чувств, импульсов, настроений, при всей мощи этой эксплуатации?

В приватной обстановке такие отношения могут вытерпеть скорее родители пациента, нежели его партнеры или друзья. Причем, во многих случаях корректирующий опыт может быть систематически накоплен только в рамках терапевтических отношений.

Неустойчивость личности

Есть множество причин неустойчивости личности пограничного пациента. С одной стороны, на персональном уровне у него почти не происходит собственное занятие позиции (из-за сильной боли и копинговых реакций, из-за слишком слабой структуры Я, из-за отсутствующего доступа к чувствам). То есть, у него «нет себя». С другой стороны, в его впечатлениях в основном преобладают аффекты (они зависят от триггера, который всегда меняется), которые его разрушают вместе с автоматическими мыслями (комментаторами), которым он не может ничего противопоставить, потому что его Я слишком слабое.

Особая форма идентификации

Для нахождения Я и его стабилизации служат идентификации. Однако у пограничного пациента речь идет не о настоящей идентификации, ведь это подразумевало бы функционирующее Я. Идентификация у такого пациента имеет симбиотический характер. Другой или объект определенным образом идентичен с ним, он сам «является» другим на уровне чувств. Идентификация способствует тому, чтобы человек мог быть в отношениях и мог себя в них проживать. Но у пограничного пациента это возможно только тогда, когда другой является таким, каким он его видит, когда он соответствует его потребностям и образам.

Главные аспекты терапии

Терапию с пациентами, страдающими пограничными расстройства-

ми, лучше всего проводить в несколько приемов. Прежде чем приступать к более глубокой, направленной на причины расстройства психотерапии, такие пациенты нуждаются в том, чтобы им помогли справиться с повседневными стрессами в своей жизни. Необходимо принять конкретные меры для предотвращения нанесения пациентами себе душевных травм, для предупреждения импульсивных всплесков, для контроля напряжения и его снятия, для защиты близких ему людей и детей и т.д. Здесь необходима организация конкретной интервенции, профилактики, корректировки и процессов научения. Кроме того, поскольку пациенты не способны к отношениям, они также не способны и к терапии. Их способности к прохождению терапии должны развиваться, в первую очередь, в ходе этой предварительной работы, которая обычно занимает не менее нескольких месяцев. Поэтому проводится различие между подготовительной фазой (или фазой стабилизации) и более глубокой терапией.

Перед тем, как подробно остановиться на этих этапах, необходимо сказать несколько слов об эффективности терапии. Периодически высказываются сомнения относительно того, что пограничных пациентов вообще можно эффективно лечить. Некоторые достигнутые результаты терапии на самом деле оставляют желать лучшего. Даже те обследования, которые задуманы как научные исследования, получают неудовлетворительные результаты. Некоторые из них вообще не публикуются. Cristea и др. (2017) насчитали среди своих работ семь таких неопубликованных исследований. Тем не менее, «следует отметить, что пограничное расстройство личности относится к психическим заболеваниям с лучшими показателями для психотерапевтического лечения» (Döring et al., 2011, P. 852). Исследования, проведенные в соответствии со строгими критериями достоверности, показывают, что Диалектическая поведенческая терапия (DBT) и Трансфокусированная психотерапия (TFP) являются наиболее изученными и наиболее эффективными методами в данном случае (там же). Тем не менее, как показывает недавно опубликованный мета-анализ (Cristea et al., 2017), эффект

специфической терапии при пограничных расстройствах (диалектическая или когнитивно-поведенческая терапия, психодинамическое лечение), хотя является значительным, но лишь умеренно более высоким, чем эффект неспецифической психотерапии.

Фаза подготовки: установка и общие терапевтические моменты

Позиция терапевта должна характеризоваться спокойствием и непринужденной открытостью. «Не страшно, что это так. Все имеет право быть. А сейчас давай посмотрим на это. И давай посмотрим, не можем ли мы найти что-то лучшее для тебя?!» При этом, терапевт должен быть осторожен в отношении своих собственных (бессознательных) оценок пациента. Пациент переживает самое элементарное в отношениях: быть принятым (1. ФМ), получить разрешение прийти таким, какой он есть – и при этом, должен встретить там Person терапевта, которая открыто и последовательно отзывается на его проблемы, так что происходит Встреча.

Терапевт должен заботиться о постоянстве и стабильности своего Я, которые укрепляются тем, что он остается у себя. На практике это заключается в том, чтобы поддерживать внутренние отношения с самим собой, слушая и воспринимая, что пациент делает своими действиями с терапевтом (постоянство 2-й ФМ). Сохранение хорошей внутренней соотнесенности с собой является центральным условием прогресса в терапии. Это обеспечивает постоянство отношений с пограничным пациентом, которое может позволить ему выстроить собственные внутренние отношения с самим собой.

Принципиально важно, чтобы терапевты хорошо обходились с собой и вне терапии, потому что внутренняя соотнесенность с собой является фундаментальной установкой, а не методом и, таким образом, влияет на терапию, повышая ее эффективность (Orlinsky, 2003). Хотя под влиянием динамики пограничного расстройства особенно тяжело оставаться аутентичным и не впадать самому в психодинамику. Можно ли удержать чувство при себе, даже когда человек ощущает угрозу? Пограничные пациенты высоко чувствительны к этому: «Как ты обходишься

с самим собой? Как ты остаешься соотнесенным с собой? Я хочу это знать, видеть и пережить; я хочу взглянуть за эту маску!» Ведь это – именно то, чего он совсем не может. Обычно дети узнают об этом в своих семьях. Пограничные пациенты, однако, этого почти не знают, и именно поэтому они часто интересуются личной информацией и спрашивают, нарушая границы, персональную информацию. Например, интересуются тем, как терапевт сам живет, где он отдыхает, и пьет ли он на завтрак чай.

Другими важными элементами терапии являются связанная с содержанием переживаний конфронтация и сопротивление. С момента удерживающей Встречи вступает в действие центральный элемент 3 ФМ. При понимающей Встрече проясняются те содержания переживаний, которые важны для пациента. Часто они настолько «застевают» в психодинамике, что их трудно заметить и разобраться с ними в повседневной жизни. Однако, задачей терапии является обнаружение и восстановление этих содержаний. На практике это означает – не отвлекаться на свои разорванные аффекты, а выявить позитивное и конструктивное в манипулятивном и агрессивном, и освободить от деструктивного. Таким образом то, что важно для него, может быть также защищено от его собственных, саморазрушительных аффектов, он может быть защищен от самого себя. На практике это означает, что пациенту следует сообщить, что терапевт сам считает важным в том, о чем он пациент хотел бы поговорить, а также отметить, что об этом хорошо бы поговорить спокойно, и что в аффектах здесь нет необходимости. Такой спокойный, твердый подход не только представляет собой модель обучения, но и, прежде всего, способ сообщения пациенту центрального и жизненно важного послания: «Чего бы ты ни сделал, я буду здесь, персонально, я не уйду от тебя, а попытаюсь понять тебя и быть с тобой!» Для пограничного пациента такая четкая решимость устанавливать отношения и налаживать связи является основой для созревания и развития его Я.

Если пограничный пациент, например, приходит с обвинением: «Либо Вы, либо Ваш коллега являетесь лжецом!», терапевт может ответить: «Я думаю, что это очень

важно, что Вы хотите это прояснить, а не носить в себе. А также, что Вы хотите прояснить, с кем Вы имеете дело, чтобы обрести доверие. Я бы хотел уделить этому время, чтобы мы могли спокойно это обсудить.»

Для пограничного пациента предложение и установление прочных связующих отношений является конденсационным ядром его Я. Для сравнения, в истерии центральное место занимает установление границ для противостояния захвату пространства, в нарциссизме – объяснение и предоставление пациенту возможности действовать самому.

На этой основе можно будет затем все чаще тренироваться в занятии позиции (в соответствии с шагом ПЭА-2). Благодаря этому, аффекты и импульсы со временем теряют свою замещающую функцию относительно реальных суждений, которые возникают у пограничных пациентов не часто.

Более глубокая терапия посвящена, в первую очередь, специфической работе с 3 и 2 Фундаментальными мотивациями:

Особенности работа с 3 ФМ:

1. Восприятие себя. Пациент должен научиться воспринимать собственные чувства и импульсы. Сначала необходимо научиться их удерживать, чтобы постепенно начать их понимать. Удержание восприятия важно для того, чтобы собственные чувства не были сразу импульсивно обесценены или прожиты.
2. Встреча. Пациент нуждается во Встрече. Благодаря Встрече с терапевтом, он может понять, как может протекать внутренняя Встреча с самим собой. Поэтому, помимо открытости и попыток его понять, необходимы обязательно конфронтация и руководство, особенно в отношении его нестабильной аффективности. Для этого используются занятия позиции и объяснения. Во время Встречи внимание пациента обращается на его реакции. Как уже от-

мечалось выше, по-прежнему будет оказываться сопротивление отреагированию его переносов, поэтому необходимо восстанавливать их содержание, но ставить под сомнение аффекты каждый раз, когда он нарушает границы и ранит свое Person.

3. Самоконфронтация. Пациент должен научиться противостоять внутренним автоматическим высказываниям (комментариям) (например: «Ты неудачник»), а также деструктивным чувствам и импульсам (ненависть к другим, к самому себе ...) вначале под руководством терапевта, затем все более и более самостоятельно. Речь идет о том, чтобы начать внутренний диалог и занять позицию по отношению к внутренним комментаторам: «Что Вы думаете о том, что говорят комментаторы?» (шаг ПЭА-2 дает основу, т.к. он никогда не допускает оценки другого!).

Эти три психотерапевтических интервенции приводят со временем к внутреннему диалогу. То есть, речь не всегда должна идти о «я + он» (внешние отношения), а может все больше идти о «я + я» во внутренних отношениях. Если пациент сможет больше встречаться с собой, он станет менее зависимым от внешнего мира и сможет проложить путь к своей Person.

Специфическая работа с 2 ФМ:

1. Работа над пониманием. Пациент должен научиться понимать самого себя: каковы его ценности, что им движет? Что было травмировано, что утрачено? Это переходит в работу с биографией.
2. Отношения с собой. Пациент должен находить способы активного установления отношений с самим собой и со своим телом: спорт, Тай чи, вокал, дыхание, ритмы, йога, т.п. Как однажды метко сказал один пациент: «Спорт – он собирает меня.»
3. Терапевтические отношения. Непрерывная работа с терапевтическими отноше-

ниями и их рефлексия особенно важны для пограничных пациентов, потому что они, как правило, постоянно сомневаются в их устойчивости. Терапевт должен постоянно и решительно противостоять этой хрупкости, демонстрируя незабываемость со своей стороны.

4. Фаза резонанса. Даже после окончания психотерапевтической фазы приглашение к отношениям с пациентом остается в силе. Отношения с терапевтом продолжают также, как и с хорошими родителями – даже если вы редко встречаетесь или никогда не встречаетесь, он знает, что в тылу они у него остаются. Такой фон является большим ресурсом, наверное, для каждого человека.

Терапевтическая работа направлена на признание боли и силы пограничных пациентов, с которыми они выдерживают свою полную страданий жизнь. Впечатляет, что они способны мобилизовать силы для того, чтобы получить глоток переживания Я. Очень трогательно смотреть, как трудно им это дается. В их необузданной и непоколебимой борьбе за свою самость другие люди инструментализируются и травмируются. Они уходят на безопасную дистанцию, в результате чего пациенты становятся еще более одинокими. И так создается замкнутый круг, из которого часто больше нет выхода. Профессиональный подход позволяет разорвать этот деструктивный круг и предложить пациентам (и их семьям) перспективы развития. Это величайшая задача психотерапии. И это также может быть источником глубокого опыта для терапевта, который он может извлечь из успешной терапии. На этом фоне можно завершить эту работу цитатой великого терапевта, работающего с пограничными расстройствами, Marsha M. Linehan (1993, ix), которая также страдает от пограничного расстройства: «Самое замечательное в лечении пограничных пациентов – это то, что супервизор как будто всегда присутствует в кабинете.»

Литература (References):

- Bohus, M., & Schmahl, C. (2007). Psychopathology and treatment of borderline personality disorder. *Nervenarzt*, 78(9), 1069–1080. doi: 10.1007/s00115-007-2341-x
- Buchheim, A. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Bindungserfahrung. In: *Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 158–167.
- Cristea, I., Gentili, C., Cotet, C., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality

- Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Psychiatry, 74(4), 319–328. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *In: Br J Psychiatry*, 196, 389–395. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177
- Doering, S., Stoffers, J., & Lieb, K. (2011). Psychotherapieforschungsanalyse. *In: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 836–853.
- Dorra, H. (2014). «In der Schwebe des Lebendigen». Zur Freiheit und Unverfügbarkeit der Person. *In: Existenzanalyse*, 31(2), 27–31.
- Driessen, M., Beblo, T., & Reddemann, L. et al (2002). Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? – The state of research. *Nervenarzt*, 73(9), 820–829. doi: 10.1007/s00115-002-1296-1
- DSM-5 (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: APA.
- Dulz, B., Herpetz, S., Kernberg, O., Sachsse, U. & (Hrsg) (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jursit, E.L., & Target, M. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1940). Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. *In: GW XVII*. London: Imago, 57–62.
- Freyberger, H.J. (2011). Psychosene Symptome. *In: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 441–448.
- Heidegger, M. (1927). *Die Grundprobleme der Phänomenologie*. Gesamtausgabe Bd. 24. Frankfurt/M: Klostermann, Ausg, 1975.
- Herpetz, S., & Saß, H. (2011). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. *In: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 35–43.
- ICD-10. (1994). *International Classification of Diseases*. Berlin: Springer.
- Ji, W.U., Hu, Y.H., & Huang, Y.Q. et al (2006) A twin study of personality disorder heritability. *Zhonghua Liu Xing Bing XueZaZhi*, 27(2), 137–41.
- Kendler, K.S., Aggen, S.H., & Czajkowski, N. et al (2009), The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1438–1446. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1438
- Kernberg, O.F. (1984). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kind, J. (2011). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. *In: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 20–34.
- Kolbe, C. (2014). Person und Struktur. Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. *In: Existenzanalyse*, 31(2), 3240.
- Längle, A. (2002), Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst – eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. *In: Längle, A. (Hrsg) Hysterie*. Wien: Facultas, 127–156.
- Längle, A. (2014). Die Aktualisierung der Person. Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz. *In: Existenzanalyse*, 31(2), 16–26.
- Längle, A. (2016). *Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Längle A (2016) Grenzen – ein Schlüssel zur Existenz. *Leben und Leiden an den Grenzen des Daseins*. *In: Existenzanalyse* 33, 2, 52-64
- Längle A (2017) Hoffnung – Ausdruck der Liebe zum Leben. *In: Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 6, 1, 4-8
- Längle A. (2016) *Lehrbuch zur Existenzanalyse*. Wien: Facultas
- Längle A, Klaassen D (2019) Phenomenology and Depth in Existential Psychotherapy. *In: J Humanistic Psychology*, 1-12.
- Längle A (2016) Sich berühren lassen. Vom Zusammenspiel von Werten und Gefühlen in der existenziellen Psychotherapie. *In: Persönlichkeitsstörungen* 20, 2, 115-126
- Längle S., Gawel B. (2016) *Themen der Existenz - Existenz in Themen*. Wien: Facultas
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S., & Leweke, F. (2011). Borderlinepersonalitydisorder. *In: Lancet*, 377, 74–84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York London: The Guilford Press.
- Livesley, W.J. (1998). Suggestions for a frame-work for an empirically based classification of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137–147. doi: 10.1177/070674379804300202
- Livesley, W.J., Jang, K.L. (2008). The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review Journal of Clinical Psychology*, 4, 247–274. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141203
- Mori H. (2020) *Existenzanalyse und Logotherapie*. Wien: Facultas
- Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M., Lohr, N.E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1059–1064 doi: 10.1176/ajp.152.7.1059
- Orlinsky, D. (2003). Therapist factors as determinants of psychotherapy outcome. *In: Lambert M., Butler, Garfield S.L. (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. N.Y.: Wiley, 5th ed
- Steinert, K. (2014). (Wie) sprichst Du mit dir? Anleitung zum inneren Dialog. *In: Existenzanalyse*, 31(2), 42–49.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., & Skre, I. et al (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. doi: 10.1053/comp.2000.16560
- Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Marino, M.F., Vujanovic, A.A. (2002), Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381–387. doi: 10.1097/00005053-200206000-00006