



## **4 Пограничное расстройство личности BPS и поведенческое расстройство в соответствии с МКБ.10 V. F.:60**

Как автор описал личностное расстройство BPS - Поведенческие расстройства В тяжелом расстройстве личностного и социального поведения пострадавшего шоу.

Это заболевание возникает в раннем детстве или подростковом возрасте и сохраняется на протяжении всей взрослой жизни. Причины этого кроются не в повреждении мозга или психическом расстройстве, а скорее в структурном недостатке образования. В качестве причин развития этого расстройства Роде и др. называют потерю изначальной любви и доверия, а также жестокое обращение с ребенком и жестокое обращение с ним (Andrawis A, 2018).

Личностные и поведенческие расстройства можно найти в работе Dilling et al. (2011) под классификацией F60 - F69:

- параноидальное расстройство личности F60.0,
- диссоциативное расстройство личности F60.2,
- эмоционально нестабильной F60.3,
- импульсного типа F60.30,
- шизоидное расстройство личности F60.1,
- Борделин типа F60.31,
- гистрионное расстройство личности F60.4,

- тревожное (избегающее) расстройство личности F60.6,
  - анакастическое (компульсивное) расстройство личности F60.5,
  - Зависимое (астеническое) расстройство личности F60.7,
  - другие специфические расстройства личности F60.8,
  - другое нарциссическое расстройство личности F60.80,
  - пассивно-агрессивное расстройство личности F60.81,
- другие специфические личностные расстройства F60.88 и так далее. (Möller et al. 2005)

Здесь автор ограничивается F60.31 "пограничным типом" как наиболее частым проявлением расстройства личности (Andrawis A, 2018).

## **Введение**

### Патология пограничного типа и психоанализ

Как описал Роде-Даксер (2006), история пограничного типа психиатрии уходит корнями в далекое прошлое. Впервые он практиковался Айхорном в группе своих пациентов в 1925 году, где он обнаружил, что его пациенты страдали от отсутствия контроля над импульсами. В 1938 году Штерн назвал Borderline диагнозом, чтобы отличать пациентов этого типа от психотропных пациентов.

Как уже упоминалось, Стерн описал характеристики пациента, которые Кернберг (2008) позже перенял и опубликовал в своей работе по эгопатологии Borderline. С аналитической точки зрения, у пациентов наблюдается тенденция к идеализации отношений "объект-мать" и в то же время переходу от идеализации к девальвации. Это называется амбивалентным состоянием. Гринкер и др. описывают в описании эмпирических критериев пограничных пациентов подразделение четырех типов (Rohde-Dachser 2006):

### **Подгруппы по определению характеристик**

(1) анакастические обозначения

2.) приступы гнева

3) отсутствие индивидуальности как личности

4.) Депрессия через одиночество

Так, Кернберг одновременно разрабатывал теории об организации личности пограничного типа, в которых нашел явления психодинамической патологии, в которых эгопатология была доказана среди пациентов, основываясь на примитивных механизмах защиты личности опыт раннего детства прослеживается в травмах и отличается с точки зрения проективного выявления (Andrawis A, 2018).

и отрицание. Первоначально возникает патология объектных отношений и сверхэго, которую можно описать как слабость эгоизма из-за отсутствия терпимости к страху, контроля импульсов и отсутствия сублимационной способности (там же).

Это раннее расстройство можно проследить, с одной стороны, в отношениях между матерью и ребенком, в которых были нарушены элементарное доверие и любовь, а с другой стороны, в раннем детском травматическом опыте. Здесь важную роль играют психосоциальные компоненты, включая нехватку жилья, безработицу, бедность, алкоголизм, разлуку, развод родителей и насилие в семье. Отец также имеет отношение к власти, отсутствию и отношениям с семьей. Кроме того, отношения родителей в совместном проживании, в рамках урегулирования конфликтов, а также братские отношения, свободные от соперничества, важны для принятия и оценки. Ребенок не обязательно должен быть травмирован, это может быть эпидемиология, которая может привести к симбиотической привязанности (там же).

### **Точная диагностика в соответствии с критериями DSM-III-R**

Для точной диагностики пограничного типа необходимо выполнить 5 из следующих 8 критериев.

1. импульсивность по крайней мере в 2 областях, где человек активно наносит себе ущерб. Э.Г: Сексуальность, трата денег, воровство в магазинах, наркомания, жестокость в межличностных отношениях и припадках.

2. наличие определенной модели нестабильности, которая также влияет на межличностные отношения и отражается в чередовании девальвации и переизбытка валюты.
3. чрезмерный гнев или неспособность контролировать этот гнев, например, вспышки гнева, постоянный гнев или драки (Möller et al. 2005).
4. нестабильность в форме смены настроения, от нормального настроения до депрессии, тревоги или раздражительности, которая может длиться от нескольких часов до нескольких дней.
5. расстройство идентичности, которое устойчиво выражено и проявляется в неопределенности, по крайней мере, в двух из следующих сфер жизни: Самооценка, сексуальная ориентация, долгосрочные цели, карьерные устремления, выбор друзей или партнеров, личные ценности.
6. попытки самоубийства, членовредительство и неоднократные угрозы самоубийством.
7. скука и хроническое ощущение пустоты.
8. отчаянные усилия по предотвращению воображаемого одиночества или настоящего одиночества (Kernberg 1998).

### **Граница - тип F 60.31**

Диагностические критерии в соответствии с международной классификацией психических расстройств ICD10 F:

- Наличие эмоциональной нестабильности собственного самосознания, внутренних предпочтений, в том числе неясной и нарушенной сексуальности.
- хроническое ощущение внутренней пустоты
- Тенденция к интенсивным, но неустойчивым отношениям, которые могут привести к повторению эмоциональных кризисов, включая чрезмерные усилия, от которых не следует отказываться. Кроме того, самоповреждение и угроза самоубийства, которые могут иметь место без причины и без триггера (Dilling et al. 2011). Критерии DSM-III-R

пограничного расстройства личности могут пересекаться с другими тяжелыми расстройствами личности, в частности шизотипическим, гистрионским, антисоциальным и нарциссическим расстройствами личности (Andrawis A, 2018).

### **Три критерия для диагностики пограничного расстройства типа**

Кернберг (2008) приводит следующие три критерия для пограничного разлома:

#### **I. Уровень оборонных операций**

ДВА. Распространение идентичности (отсутствие интеграции)

III. способность контролировать реальность В отличие от невротического расстройства личности, при котором организация обороны сосредоточена на репрессиях и других зрелых механизмах защиты, у пациентов с пограничным расстройством или психотическим организационным уровнем, основной формой защиты являются примитивные механизмы расщепления (Kernberg 1998). Взаимодействуют механизмы разделения и другие механизмы, такие как проективная идентификация, примитивная идеализация или девальвация, отрицание, всемогущий контроль (рвение к контролю) и девальвация. Это происходит для того, чтобы защитить себя от конфликтов и проявляется в противоречивом опыте самого себя, где это пытаются сделать механизмы защиты (Andrawis A, 2018).

Держать противоречивые значения отдельно друг от друга. Таким образом, через эти защитные механизмы можно говорить о расколе.

Эти характеристики также проявляются во взаимодействии с пациентом. Разделение приводит к разделению внешних объектов и себя на "абсолютное зло" и "абсолютное добро". Это означает, что в трансляциях в форме проекций люди без разбора делятся на добро и зло (там же).

#### **Примитивная идеализация**

Он показывает себя "хорошим", например, преувеличивая внешние объекты. Хорошие качества у других проявляются патологически преувеличенными. Это может зайти так далеко, что пациенты не хотят признавать человеческие ошибки. Если

человек чрезмерно переоценен пациентом, то он не должен показывать никаких ошибок. Пациент считает, что идеализированный человек идеален. Противоположностью чрезмерной идеализации является абсолютная девальвация. Другой также воспринимается как опасный и преследуемый. Ранние формы проекции и проекционной идентификации отличаются от зрелых форм проекции присвоением одного импульса другому. Это свидетельствует о ранних репрессиях. Как описал Кернберг, проективная идентификация характеризуется тремя этапами:

1. страх перед другими людьми, который, очевидно, характеризуется прогнозируемыми импульсами.
2. контролировать потребности этого человека (терапевта). Цель состоит в том, чтобы спровоцировать определенное поведение, которое, кажется, подтверждает прогноз пациента. Это происходит из-за отсутствия эго-структуры. В центре внимания находятся защитные механизмы репрессий. Это основано на проективной идентификации, которая проявляется в разделении или примитивных действиях (там же).
3. тенденция находить в себе импульс, одновременно проецируемый на другого (там же).

### **Способность проверить реальность**

Как при пограничных расстройствах личности, так и при невротических расстройствах личности способность испытывать реальность остается неизменной. В отличие от этого, это не относится к организации психотических личностей. Тест на реальность может быть отделен от себя как "несамостоятельного". Внутриспсихические восприятия и стимулы, которые изначально были предназначены для того, чтобы различать свои собственные аффекты, усиливаются, так что социальные нормы не могут быть соблюдены. Эта потеря способности должна быть исцелена, чтобы вернуться к реальности: Пациент, для которого вещи кажутся странными, должны быть доведены до сведения реальности.

"Пограничная организация личности также проявляется во вторичных структурных особенностях, таких как неспецифические признаки слабости эго (отсутствие контроля над импульсами, отсутствие терпимости к страху, слаборазвитая способность к сублимату), суперэгопатология (инфантильные, незрелые системы ценностей, противоречивые внутренние моральные требования и даже антисоциальные черты). (Andrews A, 2018). Вторичные структурные особенности основываются на патологических находках. Диагноз основывается на критериях оборонительных операций, распространения идентичности и проверки реальности.

### **Распространение идентичности и отсутствие интеграции**

Отсутствие интеграции определяется как диффузия идентичности и в то же время понимается как понятие объекта. Это означает, что субъективный опыт характеризуется внутренней пустотой, противоречивым восприятием и противоречивым поведением. Противоречивое восприятие других людей, а также самого себя, проявляется в неспособности жить в межличностных отношениях. Точно так же с соответствующим лицом проводятся краткие беседы о трудностях реалистичного и надлежащего обсуждения ситуации с партнером.

### **Практическое применение для пограничных типов труп**

Индивидуальные, патологические образы во время терапевтического процесса показывают гипоманиакальные расстройства личности (психосоматические расстройства), которые во всех случаях относятся к социальным расстройствам личности.

Кернберг предполагает, что пограничные расстройства возникают в детстве в результате физического или сексуального насилия. В работе Herman et. al. (1989) диагноз больных может быть заменен диагнозом тяжелого посттравматического стрессового расстройства, поскольку окончательный диагноз для пограничного состояния не может быть поставлен. Сексуальное насилие всегда происходит в связи с личностными расстройствами.

Концепции лечения

Выразительная психотерапия основана на психодинамической модели и направлена на повышение способности пациента воспринимать себя и других как целостных, интегрированных и реалистично воспринимаемых индивидуумов. Пациент должен научиться контролировать свои импульсы, терпеть страхи, регулировать аффекты, сублимировать желания и испытывать близость и любовь. Это происходит на психоаналитической экспрессивной психотерапевтической модели.

Предпосылками для терапии являются явления передачи, формы сопротивления, защитные механизмы и методы интерпретации. Данный вид терапии требует некоторых модификаций (трансформации терапевтических приемов и технической нейтральности) и связывает их с общепризнанными принципами психоаналитического лечения. Непрерывность, надежность, признание, уважение и подлинность, а также здоровое отношение к эмпатии играют важную роль во всех формах психотерапии, которые содержат неспецифические аспекты. Последовательность и дисциплина важны в терапии (Andrawis A, 2018).

### **Предмет, методы и цели лечения**

Как Кернберг описал в отношении экспрессивной психотерапии для пограничной психопатологии, способность к пониманию и сочувствию к себе и себе в пораженном человеке должна быть повышена. Согласованные (последовательные), интегрированные связи должны восприниматься и реализовываться индивидуально. По мнению Андрависа (2018), важно одновременно обращать внимание на сокращение оборонных механизмов, в то время как структура эго ослаблена снижением возможностей реакции. Способность пациента развиваться достигается путем контроля собственных импульсов, регулирования эмоций, умения терпеть страх и сублимировать свои желания, развивая стабильные и удовлетворяющие межличностные отношения для переживания любви и близости (там же). Эти цели могут быть достигнуты путем распознавания и уточнения отдельных частей внутреннего предметного мира соответствующего лица. Перевод к терапевту делает это разделение видимым. Каждое перемещение означает самовоображение пациента через реконструкцию концепции объекта и его эмоционального состояния и, следовательно, связывает самовоображение и концепцию объекта друг с другом. По словам автора, пациент в этом объекте стремится к подавлению и предотвращению своих внутренних конфликтов



посредством взаимодействия примитивной передачи. Рекомендация терапии для пограничных пациентов заключается в понимании этой передачи и принятии интерпретации вместо того, чтобы преследовать текущую потребность в избегании и подавлении.

Пациента следует информировать о толковании напряженности в психологическом опыте пострадавшего лица. Интерпретируя и уточняя раздробленные элементы, (раздробленные) самопредставления медленно продвигаются к полному самопредставлению, понимая образ агрессивных и либидирующих тенденций. Это приводит к дифференцированному реалистичному взгляду на себя объектного мира. Именно так развиваются Я и предметный мир, а также осознание внутренних состояний воздействий. Интегрированные объектные изображения отражают реалистичный образ родителя и интеграцию с ним, начиная с раннего детства, так что пациент, находящийся на границе, может реалистично принять свое прошлое (там же).

#### **составной элемент для достижения цели лечения**

Присутствие и уважение к терапевту и всем другим людям очень важно и может рассматриваться как большая помощь для взаимодействия между людьми, а также для терапии в целом, для того, чтобы свести вместе две интегрированные части пациента, объект представления с собой. В результате дробления и интернализации объектных отношений, а также особенностей дробления, проявляющихся в агрессии и любви, возникает переизбыток внимания и обесценивание. Интеграция, в свою очередь, улучшается за счет анализа оборонительных операций, которые поддерживают это разделение. Важным для таких пациентов является признание примитивных, раздробленных эго-состояний и их интеграция путем растворения существующих оборонительных операций, отделенных друг от друга. Это происходит с помощью методов интеграции (там же).

#### **техническая нейтральность**

Психоаналитическая психотерапия предполагает открытый диалог между терапевтом и пациентом. Указание пациента говорить открыто является частью стандартного правила свободного объединения. Интервалы между сеансами терапии

обычно проходят два-три раза в неделю. Выразительная психотерапия, которая рассматривается как основной метод психоанализа, аналогична ему в его реконструкции биографии пациента и связи с психодинамическими особенностями пациента и, как следствие, интерпретации и терапии. Оба подхода к лечению предполагают анализ переноса, а также техническую нейтральность, в силу чего они также могут быть временно приостановлены в ходе экспрессивной психотерапии и затем должны быть обновлены с помощью техники интерпретации. Для достижения долгосрочных терапевтических целей необходимо принимать во внимание мониторинг внешней реальности (там же).

В форме гнойной психотерапии, которую можно также назвать поддерживающей терапией, терапевт поддерживает "уверенность пациента в себе", чтобы гарантировать позитивное сотрудничество на начальном этапе терапии, в котором поддержка пациента особенно важна. На этом этапе следует избегать конфронтационной терапии. Процесс интерпретации основан на "здесь и сейчас", "там и тогда". Основной стратегией поддерживающей психотерапии является когнитивная и аффективная поддержка, при которой психотерапевт должен руководить, а не анализировать, при этом жизненные обстоятельства пациента учитываются только на более поздних этапах терапии. Задача терапевта заключается в том, чтобы направить передаваемые пациентом явления в настоящее время и реальность через объектные эффекты. От технической нейтральности можно легко отказаться, и ее необязательно восстанавливать.

### **Выразительная психотерапия**

У пограничных пациентов этот метод используется в продвинутой терапии только потому, что "здесь и сейчас" процесс лечения реконструируется путем реконструкции биографического анамнеза пациента. В психоанализе, с другой стороны, реконструкция биографического анамнеза пациента переносится на текущие события через интерпретацию и связь. В отличие от психоанализа, анализ передачи инфекции пересматривается в соответствии с текущей жизненной ситуацией пациента, чтобы не подвергать опасности терапевтические цели и преодолевать трудности пациента. Кернберг указывает на опасность того, что пациенты используют изоляцию, чтобы дистанцироваться (отделить) от стрессов повседневной жизни (там же). Еще

одно отличие от психоанализа заключается в том, что тяжесть действий пограничного пациента часто заставляет терапевта отказаться от позиции технической нейтральности. Однако она должна быть восстановлена, как только исчезнет ситуация, угрожающая лечению, в связи с которой возникла необходимость в этом отклонении (там же).

### **Поддерживающая психотерапия**

В отличие от экспрессивной психотерапии приграничных пациентов, такой подход позволяет свободно использовать слова поддержки, похвалы, убеждения, вмешательства и окружения пациента для оказания помощи. При необходимости могут быть утверждены дополнительные методы терапии, хотя это не всегда возможно. При проведении терапии делается просветительская ссылка на передачу инфекции с помощью световой конфронтации, с тем чтобы снизить уровень передачи инфекции путем ссылки на ненадлежащее поведение. Поддерживающая психотерапевтическая модель включает конфронтацию, разъяснение, но не интерпретацию. Напротив, экспрессивная психотерапия позволяет избежать прямого выражения аффективной/эмоциональной и когнитивно-психологической поддержки, а также вмешательства в жизненные обстоятельства. Опытные терапевты могут применять рамочные условия непосредственно в своей работе (там же).

### **Метод лечения**

Выразительная психотерапия имеет концепцию стабильной, патологической, внутриспсихологической структуры для лечения пограничных заболеваний. Данная методика психоанализа специализируется на лечении патологических состояний этого расстройства. С психоаналитической точки зрения, модель Фрейда представляет собой дифференцированную, состоящую из трех частей систему "I AM, ABOVE ME и IT". Эти три компонента находятся в конфликте друг с другом. Структурная организация невроза классического характера (сильно патологическое формирование личности и психосексуальность) и психоневроза (психогенно спровоцированный невроз, в котором триггерами являются подавленные конфликты в раннем детстве) основана на этой трехчастной модели (Andrawis A, 2018).

Как уже упоминалось, пограничная организация личности - это ранний патологический и внутриспсихологический конфликт. Они отличаются от невротической личности характером внутриспсихических конфликтов, которые являются частью патологической картины, и структурными условиями. В этих условиях конфликты отражаются так, что невротическая личность развивается. Первопричина кроется в эдиповом комплексе - психосексуальных - агрессивных импульсах с раннего детского развития. Граничное расстройство поражает преобладанием предэдиповых конфликтов, связанных с психическими концепциями, связанными с концепциями Эдиповой фазы.

Треугольное сексуальное расстройство связано с ранними отношениями между матерью и ребенком. Двигайте потомство через устные и анальные конфликты, которые проявляются в агрессивных моделях поведения, берущих начало в предэдиповых отношениях. Через эту структуру, особенно через все репрессированные конфликты и травмы, развиваются личности Бодерлина. Вот почему в бессознательном состоянии появляются младенческие поведенческие паттерны, взаимодействующие с эго-состоянием. Эти поведенческие модели становятся заметными в форме обороны через разделение. Эго-состояния отделяются в примитивной матрице I-EX посредством репрессий, в которых эго отличается от эго и супер-эго. Простые формы матрицы I-ES сопровождаются программным разделением и проектированием, при котором сверхэго можно охарактеризовать как параноидальное состояние (там же).

### **Теория объектных отношений**

В 1972 году М. Малер описал теорию объектных отношений как индивидуальный и отдельный процесс разделения. Важным моментом для выявления патологических симптомов у родительского объекта является период со второго по четвертый год жизни и проявляется как раннее возникновение агрессивно-психологических переживаний. Таким образом, психологические теории и методики описывают, что при активации ранее интернализированных объектных отношений и их репрессий, патологическая передача через поражающие состояния может быть заметно распознана. Они должны быть диагностированы и интерпретированы как интегрированные частичные объектные связи и как отделенные или целые объектные связи от более ранних передающих структур к передаче эдипового развития. Это играет

большую роль в анализе передачи по реактивному, прошлому, интернализированному перемещению объекта в смысле "здесь и сейчас".

Для анализа структурных элементов "эго-суперэго и его" необходимы формы передачи интернализированного отношения к объекту, а также их смещения, в связи с фантазированными и реалистично искаженными объектными отношениями. Прошлые объектные отношения искажены интернализированы, а также происходят защитные реакции с влиятельными проекциями инстинкта стрессовых импульсов.

Важнейшей целью психотерапии приграничных пациентов является полная интерпретация, а также правдоподобность, которая заключается в том, чтобы сделать бессознательным и, наконец, усвоить эти познания и применить их на практике (там же). Психоаналитическая интерпретация

Для экспрессивной психотерапии технический инструмент интерпретации играет важную роль для пограничных пациентов. Пациенты теряются в интеллектуальном самовыражении и сознательно и бессознательно перемешиваются в ходе процедуры. Значит, нет ни связи, ни причины. Ранние репрессии в отношении детей младшего возраста влияют на явления передачи инфекции и путаницу между реальностью и фантазией и их причинами (там же).

## **Язык перевода**

Язык перевода основан на трех уровнях:

I. Восстановление на основе биографического анамнеза

II. связь между биографией и психодинамикой

III. формулирование терапевтических планов и целей на основе "языка устного перевода".

Трудности, с которыми пациент сталкивается во время терапевтического процесса, заключаются в защите и сопротивлении пациента. Пациентка боится. Это обусловлено механизмами защиты, которые, в свою очередь, контрпродуктивно противодействуют терапевтическим целям. Важную роль здесь играют доверие и любовь. Если они пострадали по биографическим причинам из-за раннего развития Эдипова комплекса,

то проявляется характер поведения. В результате личные жизненные конфликты регрессируют в стрессовых ситуациях. Здесь необходима реконструкция из биографии пациента в связи с внутриспсихическим состоянием и, следовательно, психодинамикой.

Связь и интерпретация между сознанием и бессознательным основана на вербальных интерпретациях, которые возникли в результате гипотетически свободных ассоциаций пациента. Эффективная интерпретация очень важна для понимания пациента. За этим следует разъяснение и конфронтация на пути к цели. Конфронтация, разъяснение или методы устного перевода, полученные в ходе одного или нескольких заседаний, являются предварительными условиями для полного устного перевода (там же).

### **Психоаналитическое разъяснение**

Разъяснение представляет собой возможность первых шагов в процессе когнитивной интерпретации и может относиться к различным областям, которыми занимаются терапевты и врачи:

- Выражения реальности пациента.
- Явления передачи
- История болезни пациента или нынешняя защита (там же).

### **Конфронтационная терапия**

После конфронтационной терапии конфронтация состоит из двух этапов:

Первый шаг заключается в конфронтации в процессе толкования и предшествует разъяснению толкования. Цель заключается в повышении осведомленности о бессознательных конфликтах.

На втором этапе пациенты сталкиваются со своим собственным сознательным и сознательным содержанием в так называемом процессе интерпретации, чтобы получить представление об их содержании в качестве подсказки и подсказки к деталям. Прежде всего, они осознают свою собственную "маску фантазий" и, как следствие, отвлечение от реальности. Амбивалентные, противоречивые взгляды и действия указываются и

представляются в дополнение к осознанию единства реальности. Если пациенты отвергли как очную ставку, так и разъяснение со стороны терапевта, терапевт может обратить их внимание на то, что терапевтические наблюдения и разъяснения в сидячем положении пациенты отвергли, не задумываясь, и в то же время они утверждали, что ничего не узнали из урока (Andrawis A, 2018).

### **Расширенная терапевтическая интерпретация**

Интерпретация основана на конфронтационных и разъяснительных подходах, направленных на то, чтобы сделать бессознательное и сознательное сознание вместе. Оно также служит фундаментальной защитой от страха в соотношении между бессознательным и сознательным. Это создает мотивацию для терапевтических планов и целей, направленных на разрешение конфликтного содержания бессознательного и прерывание защитных механизмов. Психотерапевт обеспечивает во время процедуры Здесь метафору бессознательного можно вновь назвать погребальной камерой, в которой хранятся все репрессии и модели их детского поведения, проявляющиеся в различных ситуациях как синдром или симптом, например, как передача. Из хранилища погребальной камеры устанавливается бессознательное поведение, которое также осуществляется наружу (там же).

### **Передаточные явления**

Опыт передачи инфекции от пациента к терапевту основан на восприятии, фантазиях, аффектах, возникающих во время терапевтического взаимодействия. Эти передачи никогда не исходят от терапевта, а всегда от репрессий пациентов на протяжении их истории болезни.

Передачи - это бессознательное содержимое, которое повторяется здесь и сейчас, ранее интернализированные объектные отношения (в "туда и обратно"). Пациенты часто рационализируют их как "реалистичные" реакции на правильно воспринимаемые аспекты у терапевта. Для пациентов они должны быть отделены от искажений. Перевод - это неподходящий или искаженный аспект реакции пациента на терапевта". (там же).

## **Примитивная и зрелая передача инфекции**

Примитивные трансмиссии быстро мобилизуются у пациента, с абсолютными и экстремальными искажениями. На переднем плане - отсутствие стабильной самооценки у пациента. Он ошибается, потому что это нечто совершенно иное и не действует в "здесь и сейчас". Причины кроются в ранее подавленных объектах или других объектах и в различных ситуациях. Каждое передаваемое явление может наклоняться в противоположную сторону или восприниматься как собственная совершенная идентичность.

Терапевт находит эту передачу запутанной, хаотичной и часто угрожающей, потому что с ней невозможно сопереживать. Угроза в том, что пациент может прервать терапию. Если пациент испытывает трудности без сознания, он реагирует с сопротивлением. Он носит маску и видит в ней свою субъективную истину. Это можно рассматривать как деструктивное поведение ребенка, которое может зайти так далеко, что пациент не принимает реальность и не способен преодолеть свои психологические конфликты. Это одна из причин, по которой пациент отказывается от лечения и считает, что это лучший способ для него или нее. "Примитивные формы передачи акта частично-объектных отношений, в то время как зрелые передачи отражают целые объектные отношения. (там же).

## **Лечение пограничных расстройств личности**

Пограничное расстройство можно лечить либо поведенческими, либо психоаналитическими методами. Оба терапевтических подхода направлены на установление стабильных терапевтических отношений, структурирование психотерапевтических условий и установление границ возможного саморазрушительного или чужеродного деструктивного поведения. Законно также сочетать любое пограничное лечение с психотропными средствами (Andrawis A, 2018).

Что касается школьной ориентации, то следует отметить, что, с одной стороны, поведенческая терапия связана со строгими стереотипами мышления, моделями поведения и эмоциями, а психодинамический метод лечения уделяет больше внимания бессознательным конфликтам и внутренним психическим структурам, точнее тем



бессознательным конфликтам, которые могут стать осознанными это только в силу симптомов, поскольку они не поддаются контролю.

Инсценируя внутренние конфликты во время лечения с психотерапевтом или психоаналитиком, пациент осознает их и изменяет таким образом. Бокер указывает на подходы Фонаги к психодинамической терапии. С другой стороны, особенно успешно завершилась диалектико-поведенческая терапия Марши Линехан (1993/1996 гг.). Поскольку все три вида терапии доступны в виде руководства по лечению конкретных расстройств, стало ясно, что Психоаналитический метод получил дальнейшее развитие и поэтому может быть использован сегодня у большого количества пограничных пациентов (Andrawis A, 2018).

Важным аспектом терапевтического процесса является то, что пациенты с деструктивным детским поведением пытаются контролировать терапевта или разрушать его усилия для терапевтического успеха. В то время как терапевт пытается найти общие терапевтические отношения для работы с приграничными пациентами, пациенты концентрируются на своих предубеждениях по отношению к терапевту и высказывают на нем предвзятые мнения, которые отличаются от реальных (там же).

### **Черно-белое мышление**

Пациенты воспринимают терапевта как абсолютного добра или абсолютного зла и поэтому либо идеализируются, либо недооцениваются ими. Кернберг описывает это явление как "черно-белый образ мышления", обозначение ангела или дьявола в связи с репрессированными отношениями объектов, через которые терапевт воспринимается как инородный представитель объекта. В терапевтическом процессе существует важный аспект передачи и противодействия передаче инфекции: Воздействие - это передача за пределы реальности содержимого ранних травм, которые были подавлены. Эти формы передачи повторяются снова и снова во время терапии. Если пациенты увязают в темах, и их высказывания не согласуются с их поведением, важен не рассказ, а их поведение. Эта передача инфекции является важным критерием психологической динамики (там же).

## Почему терапия прерывается пациентом

Есть много причин, по которым пациенты прекращают терапевтическое лечение:

- 1.) Перенос появляется у пациентов как смещение чувств любви и ненависти от ранних детских перемещений исходных объектов. Она передается от пациентов как иностранное представительство (козел отпущения) терапевту.
- 2.) Нарциссические части у приграничных пациентов вызывают чувство зависти, зависти и соперничества из-за постоянных отношений с терапевтом. Они воспринимают эти нарциссические элементы как нападение на их личную самооценку и восприятие. Они видят успех терапевта как свое собственное поражение. Это может быть большой проблемой, так как пациенты чувствуют себя еще хуже и менее умными, чем раньше, иногда завидуют другим терапевтам и считают, что они неуместны. Эти масштабы можно рассматривать как угрозу терапевтическому процессу (там же).
- 3.) Пациенты теряют себя в фантазии, которая заставляет их верить, что все вокруг них нездоровое, и поэтому они вынуждены спастись бегством от терапии. Они также боятся стать зависимыми от терапевта и хотят предотвратить это. Кроме того, знание опасений терапевта, что пациент может прервать терапию, привлечет внимание пациента, что окажет еще большее давление.
- 4.) Как только пациент почувствует первоначальное улучшение, терапия может быть прекращена на раннем этапе в результате психологических страданий, даже если процесс заживления еще не завершен.
- 5.) Пациенты чувствуют угрозу отказа или отказа из-за интенсивности интервалов.
- 6.) Пациенты покидают сеанс, чтобы не остаться без присмотра.
- 7.) Недостаточное восприятие пациентов, заставляющее их из стыда верить, что терапевт или другие люди имеют к ним сексуальные желания, которые считаются садистскими, может быть причиной прерывания терапии.
- 8.) Кроме того, влияние родственников или членов семьи пациента может повлиять на ход терапии в той степени, в какой они хотят добиться прекращения лечения, чтобы не нарушить психологическое равновесие в семье, а также сохранить давние модели или модели поведения пациента.

9.) Когда пациенты чувствуют себя жертвами и воспринимают своего терапевта как преследователя, они меняют роли и оставляют беспомощного терапевта.

10.) Пациенты могут испытывать идеализированное или унижительное отношение к своему терапевту. Поэтому они думают, что перегружают его, потому что он выглядит злым и некомпетентным. Кроме того, они считают, что терапевт не в состоянии освоить лечение и оставить терапию без внимания, так что они могут, наконец, облегчить его состояние. По всем этим причинам Кернберг рекомендует своевременно распознать их и провести разъяснительную беседу с пациентом (там же).

### **сокрытие информации и патологическая ложь**

Во время наиболее важных вмешательств пациенты чувствуют угрозу своей жизни и жизни других людей в случае продолжения терапии. Могут быть различные причины, по которым они затем прибегают к обманным маневрам и методам уклонения в форме лжи:

- a) предотвращение мести и неодобрения со стороны терапевта
- b) избежание конфронтации с возможным результатом принятия на себя ответственности за свои действия
- в) Осуществление власти и контроля над терапевтом
- d) Пациенты хотят доминировать над терапевтом, лгая, считая, что все отношения являются либо эксплуататорскими, либо преследующими.

Параноидальная передача может привести к печально известному обману, манипулированию и обману. Причиной являются явления нейрохирургической передачи. Пациенты могут также верить, что их терапевт враждебен, агрессивен и примитивен, потому что успех или неудача терапии зависит от открытости общения. Поэтому перед терапевтом стоит задача воспринимать ложь своих пациентов так же серьезно, как если бы пациент хотел причинить ей вред (там же).

## **Психоанализ и развитие психических расстройств**

Как автор уже описывал, развитию психических расстройств способствуют травмы раннего детства, а также генетические риски, связанные с неблагоприятной социальной средой. Все подавленные травмы, которые не были выявлены и проявились в бессознательном состоянии, могут быть выявлены и вылечены, привести к вспышке заболевания. Все эти структурные дефекты, особенно первичные и вторичные, способствуют развитию различных расстройств личности, таких как нарциссические, шизоидные и параноидальные, психоз и пограничные типы (там же).

### **Это неувидительно, но тем более позорно**

Появление зависимости и привязанности, развитие страха прошлого, элементарное доверие и ощущение безопасности имеют долгосрочные последствия для психического здоровья взрослых.

Как описал Андравис, зависимость ребенка начинается сразу же после рождения, с учетом его социального окружения. С физиологической точки зрения, беспокойство ребенка начинается тогда, когда мать удаляется от него и/или когда с ним встречаются незнакомые люди. Другие могут возникнуть, если ребенок не испытывает утраты девственной любви и доверия из-за пренебрежения чувством безопасности и потребности в близости к ребенку (там же).

**Профессор доктор Андравис**