

# ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З МЕЖОВИМ ПАЦІЄНТОМ. ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ПІДХІД

**Єлагіна О. В.**

студентка 3 курсу ОР бакалавр,  
спеціальності – 053 Психологія, ФПСР

*Керівник: Уханова А. І.*

к.психол.н., доцент кафедри практичної та клінічної  
психології, ФПСР

**Актуальність** цієї теми обумовлена тим, що за наявними даними, кількість межових пацієнтів останніми роками стрімко зростає. При цьому робота з межовим пацієнтом характеризується певною складністю через ряд факторів. Нестабільність емоційного стану, сильні коливання у почуттях, думках та поведінці, складність у встановленні міжособистісних відносин заважає

психотерапевтичній роботі. Межового пацієнта складно утримати в терапії, вони схильні до відігравання зовні та порушення терапевтичних кордонів. Схильність до саморуйнівної поведінки, такої як самоушкодження чи суїцидальні спроби, призводить до необхідності залучення психіатрів чи інших фахівців, а у крайніх випадках і госпіталізації. Всі ці аспекти наголошують на необхідності вивчення та розуміння особливостей терапевтичної роботи з межовою особистістю. В даній роботі буде розглянутий психоаналітичний підхід до роботи з межовим пацієнтом, а саме – експресивна техніка, що розроблена Отто Кернбергом.

**Мета роботи:** визначення особливостей техніки роботи з межовою особистістю.

**Завдання:** на основі аналізу наукової літератури здійснити теоретичний огляд підходів до терапії межової особистості, розглянути докладніше експресивну техніку як найбільш оптимальну. Теоретичною основою для розкриття цієї теми є праці Отто Кернберга, Ненсі Мак-Вільямі, Горацио Етчегоена, Дж.Крейсмана і Х.Страуса, Джеймса Ф. Мастерсона та інших.

**Об'єкт дослідження:** взаємодія між психотерапевтом та межовим пацієнтом у терапевтичному процесі.

**Предмет дослідження:** особливості техніки роботи з межовим пацієнтом з точки зору психоаналітичного підходу.

**Короткий виклад основного матеріалу доповіді.**

Термін «межовий» уперше запроваджено Адольфом Штерном в 1938 році для опису пацієнтів, які не підходили ні під категорію неврозів, ні під категорію психозів. До того моменту вже були описані подібні стани, в яких за фасадом невротичних симптомів була прихована більш тяжка патологія, проте ці пацієнти були менш порушеними, ніж психотичні.

Офіційним свідченням народження нової діагностичної категорії стала робота Найта «Межові стани», доповідь якої він зробив в Атлантик-Сіті (Нью-Джерсі) 12 травня 1952 року. Межовий стан, на думку Найта, характеризується слабкістю певних функцій Его, таких як інтеграція, формування понять і суджень; інші функції залишаються збереженими, наприклад адаптація до реальності, і в цьому дані стани відрізняються від психозу. [1]

Довгий час діагноз межового стану використовувався практично для всіх випадків, діагностика яких була ускладнена. Однак завдяки зусиллям багатьох спеціалістів, серед яких особливе місце займає Отто Кернберг, межовий стан став самостійною діагностичною категорією. Існує маса підходів до розуміння етології, діагностичних характеристик та методів терапії межового пацієнта. Офіційна психіатрія говорить про «межовий розлад особистості», і в ДСМ-5, і МКХ-11 описані симптоматичні характеристики цього розладу.

Підходи до терапії межової особистості, почали розвиватися під впливом робіт Найта (Knight, 1953a), який першим досліджував цю область. Він вважав, що для межових пацієнтів оптимальним лікуванням є підтримуюча терапія, метою якої є відновлення втраченої сили Его.

Деякі автори, наприклад Віннікотт, Грінберг, Розенфельд вважають, що межові пацієнти можуть бути доступні класичній психоаналітичній техніці, хоча вони також не сумніваються в тому, що в роботі з межовими пацієнтами виникають набагато складніші проблеми, ніж зі звичайними невротичними пацієнтами. [5]

Джеймс Мастерсон, працюючи спочатку з підлітками, а потім і з дорослими з межовими розладами, створив особливу форму психотерапії, спрямовану на вирішення "депресії покинутості" та корекцію і загоєння дефектів Его.

Він відштовхувався від думки, що проблема таких пацієнтів у непройденому етапі сепарації-індивідуації, і що терапевт повинен підтримати пацієнта у цьому переході до автономії. Мастерсон вважає, що початок психотерапії з межовими пацієнтами має бути підтримуючим, а потім вже він поступово розширюється у бік інтенсивної психоаналітично орієнтованої психотерапії. [4]

Отто Кернберг та його колеги з Проекту дослідження психотерапії Меннінгера зробили спробу порівняти ефект психоаналізу, експресивної психотерапії та підтримуючої психотерапії — всього спектра психотерапій, що вийшли з психоаналізу, — при лікуванні пацієнтів із “сильним Его” (в основному з невротичною патологією характеру та неврозу) і пацієнтів зі слабким Его (з межевою патологією характеру). В результаті дослідники дійшли висновку, що найкращою формою терапії для пацієнтів зі слабким Его є експресивний підхід». [2]

Особливістю межового суб'єкта є використання ним примітивних захисних механізмів, основний з яких — розщеплення. Механізм розщеплення сприяє тому, що межева особистість сприймає світ у категоріях крайнощів — тобто люди та об'єкти можуть бути або хорошими, або поганими, або друзями, або ворогами, або коханими, або ненависними, оскільки неоднозначність і невпевненість викликають у пацієнтів тривогу. Отто Кернберг називає цю властивість «дифузною ідентичністю», яка характеризується як постійне почуття порожнечі, протиріччя у сприйнятті себе, непослідовність поведінки, яку неможливо інтегрувати емоційно осмисленим чином, і бліде, плоске, мізерне сприйняття інших. Однак на відміну від психотичних станів ці пацієнти зберігають здатність до тестування реальності.

Враховуючи всі ці особливості функціонування межової особистості, основною метою терапії є

інтегрування ідентичності, розщеплених уявлень про себе та інших, шляхом модуляції та інтеграції афектів, саме на це націлена експресивна техніка.

Основним методом експресивної психотерапії є робота з перенесенням, її також називають терапія, сфокусована на перенесенні. Перенесення визначається Кернбергом як несвідоме повторення "тут і зараз" домінуючого патогенного конфлікту минулого. Аналіз перенесення передбачає прояснення та інтерпретацію несвідомих, патогенних інтерналізованих об'єктних відносин із минулого, які зазвичай активуються дуже рано у відносинах із терапевтом. [4]

Крім роботи з перенесенням, двома іншими важливими технічними характеристиками є інтерпретація та технічна нейтральність. Техніка інтерпретації включає прояснення суб'єктивного досвіду пацієнта, тактовну конфронтацію тих аспектів невербальної поведінки, які дисоційовані або відокремлені від суб'єктивного досвіду. Технічна нейтральність означає, що терапевт не приймає нічий бік щодо несвідомих конфліктів пацієнта та допомагає пацієнтові зрозуміти ці конфлікти, зберігаючи нейтральну позицію.

До технічних особливостей такої терапії, запропонованої Кернбергом, належать:

частота сесій два-три рази на тиждень, що проводяться у форматі віч-на-віч (не використовуючи кушетку); систематичне опрацювання негативного перенесення без спроб генетичної реконструкції; робота з «відведенням» маніфестацій негативного перенесення із сфери терапевтичної взаємодії через систематичне дослідження цих проявів у відносинах пацієнта з іншими людьми; побудова терапевтичного сеттінгу, здатного контейнувати відігравання через встановлення строгих рамок, що обмежують невербальні прояви агресії на сесіях;

використання факторів оточення, які допомагають покращити умови життя пацієнта та перебіг лікування; використання позитивного перенесення як фактора підтримки робочого альянсу, при цьому не надто торкаючись захистів, зняття яких могло б стати руйнівним для позитивного перенесення. [5]

Важливим моментом у роботі з такими пацієнтами є встановлення постійних умов терапії — те, що називають терапевтичними рамками. Це включає не тільки час і оплату, але й численні рішення з приводу меж взаємовідносин, які рідко доводиться приймати в роботі з іншими клієнтами.

Терапевтичний «кадр» у роботі з межовим суб'єктом завжди містить безліч афективних феноменів і сильні контрпереносні почуття терапевта. Чим важче патологія пацієнта, тим більше він виражає емоційну реальність у вигляді невербальної поведінки. Тому для психотерапевта важливим є вміння стримувати свою емоційну реакцію, намагаючись зрозуміти її на інтелектуальному рівні, «контейнувати емоції», не перетворюючи їх на дії та отримувати з них інтерпретації – це той головний фактор, який також допоможе пацієнтові перетворити дії на суб'єктивні переживання. [3]

### Література

1. Грінсон Р. Техніка та практика психоаналізу. М: Когіто-Центр, 2010, 491 с.
2. Кернберг О. Агресія при розладах особистості та перверсіях. М.: "Клас", 2014, 364 с.
3. Кернберг О. Тяжкі розлади особистості. М.: "Клас", 2014 - 461 с.
4. Мак-Вільямс Н. Психоаналітична діагностика. М: Клас, 2016. - 480 с.
5. Етчегоен Г. Основи психоаналітичної техніки. М.: Когіто-Центр, 2020. - 1011 с.