

18+

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ КУЛАКОВ

**На приеме у психотерапевта —
подросток**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
И ПСИХОЛОГОВ. ИЗДАНИЕ 3-Е,
ДОПОЛНЕННОЕ



Сергей Александрович Кулаков
На приеме у психотерапевта –
подросток. Учебное пособие
для врачей и психологов.
Издание 3-е, дополненное

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42349525
ISBN 9785449666086

Аннотация

НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. В книге обобщен 30-летний опыт работы автора с подростками. Приведены принципы проведения интервью и дифференциального диагноза с пограничным и нарциссическим расстройствами личности, даны рекомендации по проведению интегративной психотерапии, показаны трудности и ошибки в её проведении. Обилие клинических иллюстраций облегчает усвоение материала. Пособие предназначено для врачей-психотерапевтов, психологов и всех тех, кто работает с подростками и молодыми взрослыми с девиантным поведением

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
Благодарности	14
ПОДРОСТОК	15
Многоосевая диагностика психических заболеваний детей и подростков	29
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №1. Невротическое заикание	35
Структурное интервью	40
А. Идентичность	45
Б. Объектные отношения	49
В. Агрессия и враждебность	55
Г. Психологические защиты	58
Д. Адаптация\ригидность	59
Е. Моральные ценности	60
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА	65
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №2. Паническая атака – Нарциссическое расстройство личности	69
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №3. Пограничное расстройство личности	83
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №4. Селф-харм	90
Нарциссическое расстройство личности	93
Конец ознакомительного фрагмента.	94

**На приеме
у психотерапевта –
подросток
Учебное пособие для
врачей и психологов.
Издание 3-е, дополненное**

**Сергей Александрович
Кулаков**

Переводчик Александр Сергеевич Кулаков

© Сергей Александрович Кулаков, 2023

© Александр Сергеевич Кулаков, перевод, 2023

ISBN 978-5-4496-6608-6

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, часто приводящих к различным поведенческим отклонениям, таким как делинквентность, агрессивное поведение, проживание в особой субкультуре (например, в панковской группировке), наркомания, суициды. В подростковом возрасте особенно сложно определить, является ли то или иное поведение проявлением психического заболевания или вариантом нормального развития, особенно в случае так называемых кризисов взросления, которые могут со временем развиться в психическое заболевание или полностью компенсироваться.

Психические расстройства у подростков встречаются в 15—20% случаев. В переходном возрасте повышается частота депрессивных расстройств, суицидальных попыток и завершенных суицидов. Делинквентное поведение достигает пика в середине подросткового возраста. Пищевые расстройства (анорексия и булимия), шизофрения, зависимости (наркомании, алкоголизм, компьютерная и интернет-зависимость) часто начинаются в переходном возрасте. Подростки с нарушением школьной и социальной адаптации часто имеют симптомы аффективной нестабильности, резкие колебания самооценки, импульсивность, что затрудняет их дифференциальную диагностику от сходной клинической картины по-

граничного расстройства личности у взрослых пациентов. В МКБ-11 допускается постановка расстройства личности у подростков.

Наблюдается высокая коморбидность между пограничным и нарциссическим расстройством личности (2 ось) и несколькими расстройствами 1 оси, особенно аффективными расстройствами, тревожными и связанными со страхом расстройствами, расстройствами пищевого поведения, расстройствами, непосредственно связанными со стрессом и синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Под психическим заболеванием периода взросления понимается состояние непроизвольного нарушения жизненных функций, имеющее определенное начало, динамику и иногда конец (временной интервал), которое является серьезным препятствием для реализации подростком или юношей типичных в его возрасте форм активности и конструктивного разрешения возрастных кризисов и конфликтов.

Выделяют восемь задач, которые необходимо осуществить подростку в своем развитии: физическое созревание должно соответствовать возрасту подростка; познание собственного внутреннего мира должно быть интересно; должно осуществиться партнерство в подростковой группе; должна сформироваться половая идентичность; устанавливаются гетеросексуальные отношения; многие решения следует принимать независимо от родителей;

морально-ценностные установки становятся зрелыми; временная перспектива должна быть широкой (выбор специальности, образовательного маршрута).

Определенные жалобы или проблемы, даже если они укладываются в рамки нормы, могут быть симптомами патологии развития. Поэтому не следует употреблять обобщения типа: «У Вашего сына начался пубертат, и это все объясняет, это нормально». При обследовании подростков выделяют ряд поддерживающих условий девиаций поведения (психосоциальных стрессоров), которые учитываются при проведении психодиагностической и психотерапевтической работы.

Психосоциальные стрессоры семьи: длительный супружеский конфликт, конфликт между супругами в сфере воспитания, длительный период развода и связанное с ним напряжение, недостаточное использование внешних ресурсов для развития ребенка, враждебное или оскорбительное отношение к ребенку, дефицит любви и отражения, неадекватный родительский контроль, неустойчивый стиль воспитания, требование жесткой дисциплины от ребенка, потеря значимого для ребенка члена семьи, физическая или психическая болезнь одного из членов семьи, включая алкоголизм или наркоманию.

Психосоциальные стрессоры, связанные с обстоятельствами жизни: смена местожительства, пребывание в квартире чужих людей или частая смена людей с разными типами характера, низкий материальный уровень семьи.

Психосоциальные стрессоры, связанные с особенностями ребенка: нарушение когнитивных функций, нарушение школьных навыков, неспособность к обучению в обычной школе из-за проявлений симптомов основного заболевания.

Согласно современной концепции между полным здоровьем и инвалидностью лежит широкий спектр переходных состояний. Он отличается непрерывностью в ряду: полное здоровье (норма) и варианты нормы – функциональные отклонения – неспецифические синдромы и пограничные состояния – хроническая болезнь – декомпенсация (утрата) функций – инвалидность.

Говоря о подростковой фазе (с позиции психологии развития), необходимо четко понимать следующее: Не существует какого-либо определенного класса подростков. Можно выделить «идеальный» тип и вариант статистической нормы, но индивидуальные различия настолько велики, что в конкретных случаях специалисту следует быть очень осторожным в заключениях о наличии каких-либо нарушений. При всех психических заболеваниях детей и подростков следует принимать во внимание процессы развития и их влияние на симптоматику расстройств и подбор методов психотерапии.

Процесс развития не совсем упорядочен и не линеен; скорее, это – движение по спирали, с подъемами и временными спадами. Неравномерность развития наблюдается не только

у подростков, но также и у их родителей. От специалиста требуется умение понять проблему и выявить симптоматику, а самое главное – найти путь к решению существующей проблемы.

Многие детские психиатры рассматривают нарушения поведения и психические расстройства как неспособность ребенка создать эффективные механизмы преодоления трудностей, уход от решения проблем в пассивное или девиантное поведение. Если обратиться к донозологическим проявлениям нарушений поведения, то клинические особенности определяются в детстве отдельными элементарными проявлениями по возбудимому, истерическому, астеническому или неустойчивому типу, в основном в виде форм реагирования. Иными словами, клиническая картина в это время фрагментарна и изменчива. Дети и подростки характеризуются неустойчивостью, слабостью контроля над своими действиями.

Переходный возраст – время перемен. Его начало отмечено биологическими изменениями, а завершение – социальными. У подростка происходят большие перемены – и в жизни, и в организме. На эти изменения он реагирует выработкой определенной системы запретов и предписаний на основе своих личностных особенностей и жизненного опыта. Если у ребенка имели место фрустрации потребностей на предыдущих фазах развития, они могут отражаться в дисгармонии развития, в различных невротических и поведен-

ческих расстройств.

Мозговые и гормональные изменения. В биологической сфере происходят гормональные и физические изменения, быстро, рывком, меняются организмы мальчиков и девочек. Девочки обычно растут и взрослеют быстрее, года на два опережая ровесников-мальчиков. Меняется секреция андрогенов, эстрогена и прогестерона, что приводит к автономии и половой идентификации. Быстро развивается сексуальность. Незрелой психике ребенка становится неуютно в новой оболочке. В лечении подростков с пограничным личностным расстройством (ПЛР) по сравнению с имеющими тот же диагноз взрослыми есть определенные трудности. Они связаны с процессами развития организма подростков. Прежде всего, еще формируется мозг. Половые гормоны активно стимулируют аффективное поведение, сильные желания (например, половое влечение), провоцируют повышенную эмоциональность и склонность к риску. В это же время, нервная система, регулирующая и сдерживающая эти эмоции и страсти, еще не созрела. В префронтальной коре больших полушарий формируется рациональное мышление и функции контроля (такие как подавление импульсивности, самоконтроль, понимание контекста, определение целей и приоритетов, эмпатия, планирование будущего, интуиция, управление собственным поведением, возможности ментализации. Данный отдел мозга противодействует страстям, оценивает рискованность

поведения и инициирует поступки, продиктованные этикой и моралью. Это наиболее поздно созревающий участок коры, полнота его функций достигается лишь к концу подросткового возраста. Кроме того, незрелость префронтальной коры сочетается с повышенным количеством синапсов в данной области (в ходе взросления их число падает) и недостаточной миелинизацией. С учетом того, что все эти процессы завершатся лишь у молодых взрослых, это может объяснить, почему нормальный подросток нередко испытывает смятение и чувство противоречия, встречаясь с такими обычными при взрослении испытаниями, как сепарация от семьи, любовь и романтические отношения, секс, школа или работа, межличностные отношения. У пограничного подростка интеграция личного опыта отношений с другими и жизненных ситуаций уже скомпрометирована. *Поэтому эти несовершенные механизмы лишь усугубляют эмоциональные всплески и механизмы расщепления в контексте ограниченных возможностей к рефлексии и ментализации.* С другой стороны, пока префронтальная кора созревает, другие отделы мозга, связанные с лимбической системой (височная доля, теменная доля и миндалина), созревают быстрее. Лимбическая система может быть активирована на разных уровнях: гипоталамус (участвует в положительных и отрицательных аффектах – в реакции борьбы/бегства и в сексуальном удовлетворении), прилежащее ядро и крыша среднего

мозга (включаются при эустрессе), миндалевидное тело (вовлечено в формирование отрицательных аффектов, таких как страх или гнев). Незрелой префронтальной коре сложно подавить эти импульсы. Таким образом, интеграция позитивных и негативных аффектов или попытка преодолеть расщепление между навязчивыми и идеализированными отношениями для подростка с ПЛР – задача намного более сложная, чем для взрослого с ПЛР (так как префронтальная кора у подростка не сформировалась) или чем для здорового подростка (с учетом хрупкости чувства идентичности у больного). Биологические изменения дополняются психологическими. Характер отношений со сверстниками и родителями меняется в переходном возрасте. Обостряются проблемы зависимости – независимости. Круг друзей, в том числе противоположного пола, расширяется. Мальчики и девочки ходят на свидания, происходит подготовка к сексуальным отношениям. Позже возникают пары, которые отделяются от компании. Дружба становится теснее и продолжительнее. Нарастает тенденция к установлению связей вне дома в референтной группе. Подростки проводят больше времени со сверстниками, чем с семьей. В подростковом возрасте когнитивные способности расширяются, подросток способен к генерированию и исследованию гипотез и абстрактному мышлению.

Психотерапевтические методы, используемые у взрослых

пациентов и применяемые к подросткам не всегда эффективны из-за блокады ментализации у последних.

В учебнике отражен более чем 30-летний собственный психотерапевтический опыт работы автора с подростками, имеющих эмоциональные и поведенческие отклонения. Большинство материалов пособия снабжено комментариями и примерами из практики, где читатель может увидеть как выдвигались гипотезы и проводилась психотерапия. Второе, дополненное издание расширилось за счет главы «Дифференциальная диагностика», где подробно приведены трудности её проведения с пограничным и нарциссическим расстройствами личности. Включены новые клинические иллюстрации. Книга окажется полезной всем специалистам помогающих профессий, к кому на прием придет «беспокойный» подросток или молодой взрослый. Отзывы и вопросы можно писать по электронной почте kulaksergey@yandex.ru

Благодарности

Я благодарен своим первым учителям в области детско-подростковой психиатрии и психотерапии: заслуженному деятелю науки РФ, профессору Борису Дмитриевичу Карвасарскому за экзистенциальный подход к жизни; заслуженному деятелю науки РФ, профессору Андрею Евгеньевичу Личко, чьи клинические разборы позволяли наращивать клинический опыт; профессору Эдмонду Георгиевичу Эйдемиллеру, под научным руководством которого я защитил кандидатскую диссертацию и учился у него детско-подростковой, семейной психотерапии и супервизии; Нине Викторовне Александровой за подсказки и супервизию при диагностике и ведении сложных пациентов; генеральному директору Медицинской ассоциации «Центр Бехтерев» кандидату медицинских наук Зефирову Сергею Юрьевичу за постоянную поддержку любых креативных начинаний в отделении лечения зависимостей и расстройств личности и, конечно, моим юным пациентам, у которых я постоянно учусь.

ПОДРОСТОК ОБРАТИЛСЯ С ПРОБЛЕМОЙ

Сбор информации. Подростки редко обращаются за консультацией самостоятельно. При наличии множества факторов риска, высокой коморбидности и нескольких зон возможной дисфункции, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков, современная оценка подростка с эмоциональными и поведенческими расстройствами требует тщательного сбора анамнеза. Когда на приеме у психотерапевта – семья с подростком, можно рекомендовать следующую этапность работы.

Присоединение. Используются различные виды «присоединения», описанные в литературе, а, кроме того, необходимо обратить внимание на некоторые особенности.

В самом начале сбора анамнеза необходимо исследовать текущую жизнь подростка. Расспрос о жизни юноши или девушки – школьной деятельности, успеваемости, составе семьи, отношениях с друзьями, увлечениях – даст возможность специалисту получить объективные данные и незаметно вовлечь подростка в разговор на избегаемые темы. Следует быть честным с подростком, проявлять подлинный интерес и выступать в роли независимого эксперта, избегая лю-

бого критицизма и оценочных суждений. Большинство эмоциональных и поведенческих расстройств являются эго-синтонными, следовательно, вначале мотивация на изменение очень низка.

Подростка следует побудить к рассказу о друзьях (возможно в анонимной форме), включая знакомых, пробуящих алкоголь и наркотики. Если подросток, входящий в группу риска, упоминает о многих друзьях, употребляющих наркотики, посещающих вечеринки и определенные «тусовки», где их принято употреблять, подозрения клинициста в отношении наркотизации юного клиента должны возрасти. Уже во время первого визита следует получить как можно больше информации, избегая любой ненужной конфронтации, которая может заставить подростка замкнуться.

Каждый подросток, присланный на консультацию по поводу психосоматического расстройства или девиантного поведения, должен обязательно быть опрошен в плане возможной сопутствующей химической и нехимической зависимости.

Специалисту следует и четко представлять себе допустимый уровень конфиденциальности. Сохраняя врачебную тайну, необходимо помнить о том, что, возможно, придется предоставлять информацию родителям, органам внутренних дел и судебным инстанциям. При первичном контакте с родителями не следует обвинять их в ошибках воспитания, нужно искать подкрепляющие методы для решения

проблем, стимулировать их говорить о проблемном ребенке в положительном ключе, искать его ресурсы, исследовать, что помогало семье решать подобные проблемы в прошлом. Предполагается, что на данный момент семья находится в состоянии кризиса, и «носитель проблемы» отражает его.

Например, можно сообщить семье, что дочь решила отложить свое повзросление для сохранения семьи, или сын делает такие вещи, которые семья считает неприличными, но совершает их для сохранения семьи.

Жалобы. Предъявленные жалобы начинаются с описания имеющихся жалоб словами инициатора обращения или того, кто первым вступил в контакт. Предъявленная жалоба – это платформа, на которой базируется дальнейшая оценка:

- представление жалоб в понимании инициатора обращения, реакция клиента/семьи на обращение;
- определение клиентом/семьей их жалоб (ранжировать);
- прогноз жизни клиента/семьи, когда жалобы не будут являться их проблемой;
- ситуации, в которых жалобы или проблемы чаще всего или реже всего возникают;
- способы, которыми клиент вовлекается в проблему;
- установки в отношении проблемы;
- интеракции вокруг проблемы;
- «социокультуральная поддержка» проблемы;

При анализе жалоб учитываются следующие параметры.

1. Субъективные проявления болезни, которые беспокоят клиента или родителя в момент беседы со специалистом. Например, головные боли или манкирование учебой.
2. Проявления болезни, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически появляются в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез, возникающий один раз в месяц.
3. Симптомы болезни, проявляющиеся только в ответ на специфические внешние факторы (появление навязчивостей после критики матери, тошнота перед походом в школу).

Литературная справка. Выявляемые симптомы характеризуются относительно диагностической гипотезы следующим образом: диагностический, специфический, неспецифический или нехарактерный. Диагностический симптом (признак, критерий, поведение) свойствен единственной нозологической форме. Специфический симптом (признак) встречается при ограниченном круге нозологических форм. Неспецифический симптом встречается при широком круге нозологических форм, в том числе и при предполагаемой болезни (например, астенический симптом). Нехарактерный симптом никогда не наблюдается при рассматриваемой

(предполагаемой) нозологии.

Симптомокомплекс – сочетание симптомов, объединенных некоторым единым принципом.

Синдром – симптомокомплекс, специфичный для определенной нозологической формы, имеющий единое обозначение (название, наименование) в соответствии с медицинской терминологией. Иногда синдромом исчерпывается описание болезни, и тогда его обнаружение равносильно установлению диагноза, т. е. в этом случае синдром эквивалентен диагностическому признаку.

По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем клиента. Остановимся на некоторых особенностях симптомов:

невротический симптом или поведенческая проблема сами по себе диагнозом не являются, так как могут сочетаться с другими симптомами и служить проявлениями любого психиатрического синдрома;

проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) могут играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков;

резидуальные симптомы общего расстройства развития, а также специфические расстройства развития могут проявляться в виде невротических или поведенческих расстройств, для отличия от последних их именуют неврозоподобными;

особенности темперамента и личностные

расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство;

поведенческие проблемы, синдром дефицита внимания и разнообразные специфические жалобы (тики, заикание и т. д.) могут появляться изолированно, быть симптомами отдельного психического расстройства или отражать психиатрическую коморбидность;

проблемы адаптации – дезадаптации могут встречаться при всевозможных обстоятельствах.

Симптомы могут появиться вследствие как легких, так и серьезных клиничко-психопатологических расстройств, могут служить проявлением невроза, расстройства личности, эндогенного расстройства. *Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями клиента, его экосистемой, а не только с самим пациентом.*

Понятие «отклоняющееся развитие». В отечественной психиатрии и психологии выделяются три основные группы собственно психологических синдромов – недостаточное, асинхронное и поврежденное развитие (последнее выступает скорее как этиологический, причинный классификационный признак, нежели специфическое феноменологическое проявление развития), – определяемых, в первую очередь, спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития

ребенка.

Спецификой вариантов недостаточного развития является недостаточность по отношению к средненормативному всех (тотальное, задержанное) или отдельных (парциальное) психических функций, их базовых составляющих. При этом преимущественно страдают, оказываются недостаточно сформированными произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления, которые являются основой развития когнитивной сферы ребенка.

Асинхронное развитие характеризуется нарушением основного принципа развития (гетерохрония), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как отдельных психических функций, так и структуры их базовых составляющих (с преимущественным нарушением базовой аффективной составляющей). В то же время следует отметить, что асинхрония развития присуща и различным категориям других выделяемых групп развития, т. е. не является абсолютно специфичной для данной группы отклоняющегося развития.

Основанием выделения группы поврежденного развития служит наличие повреждающего влияния на мозг того или иного фактора, искажающего в первую очередь органические основы развития, а вторично (в зависимости от большого количества факторов – локализации, сроков, объема, выраженности, качества

повреждения и т. п.) – воздействующего на всю структуру дальнейшего психического развития.

Молодых специалистов, работающих в области психического здоровья подрастающего поколения, иногда смущает то обстоятельство, что указанные в двух последних пунктах разновидности жалоб фактически относятся к событиям прошлого – истории как таковой, но, тем не менее, их следует опрашивать при формировании раздела «Жалобы», что позволяет на самом раннем этапе интервьюирования получить максимально цельную картину расстройства.

Следует также иметь в виду, что все без исключения жалобы, вошедшие в раздел «Жалобы», должны быть упомянуты и в разделе «История развития ребенка» (см. Кулаков С. А. Психосоматика, Ридеро, 2022).

Симптомы, фигурировавшие в «жалобах», выстраивают в хронологическом порядке, поскольку жалобы рассматривают в динамике. Итак, в разделе «Жалобы» отражаются беспокоящие клиента или родственников проявления заболевания безотносительно к взаимному их развитию во времени, а значит, – некоторая статистическая картина болезни, в то время как в «Истории развития» описывается (а, следовательно, и выясняется при опросе) развитие симптомов во времени, т. е. динамика психического или поведенческого расстройства.

Контекст предъявляемых жалоб включает ситуации, в ко-

торых основная проблема наиболее часто возникает. Этот раздел дает нам информацию об интеракционных аспектах проблемы и открывает возможности поиска ресурсов.

Обращение к предыдущим специалистам. Этот раздел важен, так как показывает психологам проблемы, которые могут возникнуть с этой данной семьей или подростком. Гипотеза появления проблемы, предложенная клиентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме: предыдущий психолог был внимательным, но не предложил никаких вариантов лечения, передал всю ответственность за принятие решения подростку, добавив при этом, что лечение может помочь, но в большей мере – это пустая трата времени. Необходимо также провести границу между реальными «фактами» и переживаниями семьи по этому поводу. Осознать негативный опыт в некоторой конкретной ситуации не означает согласиться с утверждением, что предыдущий специалист – «плохой». Для семей, имевших многократный негативный опыт с помощниками, процесс опроса об их предыдущих обращениях может помочь определить, что данное обращение – другое, отличается от предыдущего. Сам факт обсуждения открывает возможность развития иных взаимоотношений.

Акцент на жалобах и проблеме, ее составных частях и истории жизни фиксирует наше мышление в проблемном фокусе. Он заключается в избирательности внимания к патологии и дисфункции и игнорировании здоровья и компетенции

клиента. Такой подход организует мышление специалиста вокруг поиска причин болезни, ограничивает видение проблемы вокруг клиента (линейный подход). *При этом межличностные отношения в их социокультуральном контексте полностью выпадают из поля зрения специалиста, поэтому важным моментом служит постановка «семейного диагноза» и определение структуры личности.*

Оценка включает в себя комплексную диагностическую оценку, направленную на получение четкой картины текущего уровня развития личности подростка и определение наличия каких-либо других особенностей психопатологии, способствующих поведению, которое побудило подростка и его или ее семью обратиться за помощью. Основная цель состоит в том, чтобы получить относительно полную картину общего уровня функционирования подростка, включая его или ее личностную организацию, и отличить нормальное спутанность идентичности (кризис), обычно встречающееся в подростковом возрасте, для которого может быть достаточно менее интенсивного вмешательства и диффузии идентичности, лежащей в основе расстройства личности. Эти различные цели достигаются с помощью первоначальной встречи с родителями и подростком, отдельных встреч с родителями и подростком и совместной встречи для обсуждения выводов и рекомендаций. Количество встреч каждого типа зависит от уровня сложности каждого случая. Всесторонняя оценка необходима, поскольку подростковая пато-

логия характеризуется высокой коморбидностью, особенно с расстройствами настроения, а также с тревожными, поведенческими расстройствами и расстройствами дефицита. Поскольку подростки с ПРЛ могут жаловаться на депрессивное настроение, раздражительность и описывать качество ангедонии (которое на самом деле может быть больше похоже на чувство пустоты, связанное с ПРЛ), неудивительно, что некоторых из этих подростков будут лечить от депрессии, но с минимальным улучшением. Дополнительная путаница может возникнуть из-за того, что многие подростки не особенно реагируют на антидепрессанты, что заставляет некоторых клиницистов и психиатров задаваться вопросом, может ли быть другой диагноз как психотический процесс, для этого требуется другой класс лекарств. Поэтому понимание того, как распаковывать эту сложную картину и выявлять и лечить психические расстройства в подростковом возрасте, очень важно, чтобы не подорвать эффективное лечение настроения, тревоги и деструктивных расстройств или расстройств контроля над импульсами. Хотя большинство клиницистов, работающих с молодыми людьми, признают, что ПРЛ можно диагностировать в подростковом возрасте, на самом деле это делает относительно небольшой процент.

Для оценки потребуется несколько встреч, после которых терапевт предложит свои впечатления и рекомендации. Наш типичный формат – встречаться сначала с родителями и подростком, затем только с подростком и только с родителями,

и проводить обратную встречу с подростком и родителями.

Типичные ошибки. *Не следует: начинать опрос с жалоб или анализа симптомов; принимать родителей отдельно от подростка, когда на прием пришла вся семья.*

Терапевты могут столкнуться с дилеммой: как начать процесс интервьюирования, когда «идентифицированным пациентом» является подросток. Должны ли они встречаться сначала только с подростком, только с родителями или со всеми вместе. Может оказаться необходимым провести несколько встреч только с подростком, чтобы получить четкое представление об уровне его или ее организации личности. Можно считать, что подросток имеет право приходить один, и многие считают, что это посылает четкий сигнал всем сторонам о поддержке конфиденциальности и уважения к развивающейся автономии подростка. Но все же для всех очевидно, что подросток *остается под ответственностью и авторитетом родителей*, и терапевт должен помочь всем сторонам прояснить свои роли, часто с течением времени, чтобы поддержать терапию и, таким образом, поддержать терапевта и переход подростка на более здоровую траекторию развития.

Сложная борьба, которая может возникнуть по вопросам ответственности и автономии, может стать экстремальной, влияя даже на начало терапии, а также на саму терапию, и это тема, которая может быть выражена несколько иначе у старших, чем у младших подростков. Например, некото-

рые подростки во вред себе осуществляют всесильный контроль и побеждают родителей и заставляют их чувствовать себя беспомощными; в результате ситуация может не улучшиться или со временем ухудшиться. Родители остаются в этом беспомощном режиме и оказываются не в состоянии последовательно устанавливать и выполнять свои прежние требования или достигнутые с подростком договоренности, в том числе выработанные с помощью предварительных консультаций.

Специалист посредством своего опроса пытается увести родителей от описания текущих симптомов и «фактов» развития к их пониманию или гипотезам о том, что мотивирует их ребенка. Этот процесс также дает ощущение их способности воспринимать точку зрения своего ребенка и его умственные способности. Родительское собрание (тренинг родительской компетентности) может также повысить осведомленность родителей о том, что они могут помочь клиницисту понять подростка и его или ее влияние на семью, и что они играют важную роль в оценке и самой терапии. Психотерапевт обязан определить, смогут ли родители сотрудничать. Или они будут мешать? *Смогут ли они терпеть тревогу и быть полезными, или тревога их переполнит и помешает выполнению договорных планов?* Если этого не сделать, они осознанно или неосознанно могут прервать терапию.

Основа клинической диагностики – это развертка явлений во времени, и только комплекс методических приёмов

позволяет это сделать. Клиническая диагностика, таким образом, строится на обобщении различных исходных данных интенсивного обследования единичного случая, а сама диагностика исходит из принципа качественного анализа особенностей психического явления в противоположность задаче лишь количественного измерения. Эффективность работы клинического диагноста определяется его способностью выдвигать гипотезы, предположения и намечать возможные методы их проверки.

Многоосевая диагностика психических заболеваний детей и подростков

Психиатрической диагностике нередко ставили в упрек то, что она не имеет никакой связи с последующей терапией. Однако сегодня в практике детской и подростковой психиатрии обязательно оцениваются моменты, важные для формулировки терапевтических целей, например, уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация, в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация. Необходимость такого подхода подчеркивается и в некоторых классификационных схемах. Эти аспекты включены в многоосевую классификационную схему психических расстройств детского и подросткового возраста.

Классификация болезней необходима для практических и исследовательских целей. Кроме общеизвестной классификации психических и поведенческих расстройств – МКБ-10, и утвержденная ВОЗ в мае 2019 года МКБ-11 – существует и многоосевая схема классификации психических болезней детского и подросткового возраста (MAS), разработанная специально для детской и подростковой психиатрии группой детских психиатров в сотрудничестве с ВОЗ.

Она включает в себя шесть осей, или измерений: клинический психиатрический синдром (1-я ось), нарушения развития (2-я ось), уровень интеллекта (3-я ось), физические болезни и нарушения (4-я ось), аномальные психосоциальные условия (5-я ось), степень тяжести имеющихся нарушений (6-я ось).

Категории 1-й оси охватывают нозологические формы, описанные в МКБ-10 под шифрами F0—F5, а также F9; категории 2-й оси – F80—F83, а также F6; категории 3-й оси частично расположены в рубрике F7; категории 4-й оси расположены в разделах А – Е и G – Y МКБ-10.

Параллельно с МКБ-10 ВОЗ предложила схему психосоциальных влияний, обозначенную как 5-я ось многоосевой классификации. В ней группа 1—4 отражает внутрисемейные отношения; 5, 7 и 8 – особенности микросоциального окружения; группа 6 включает острые стрессовые события, а группа 9 – факторы, связанные с психическим расстройством.

Психосоциальные влияния (5-я ось)

1. Нарушенные внутрисемейные отношения.

1.1. Недостаток тепла во взаимоотношениях родителей и детей.

1.2. Дисгармония между взрослыми в семье.

1.3. Враждебное отношение к ребенку.

1.4. Телесные наказания.

1.5. Сексуальные злоупотребления (инцест).

2. Психические расстройства, отклоняющееся поведение или препятствия нормальному развитию ребенка в семье.

2.1. Психическое расстройство или отклоняющееся поведение одного из родителей.

2.2. Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны одного из родителей.

2.3. Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны братьев или сестер.

3. Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации.

4. Неадекватные условия воспитания.

4.1. Гиперпротекция.

4.2. Недостаточный родительский надзор и управление.

4.3. Воспитание, не формирующее опыт у ребенка.

4.4. Несоответствующие требования и запреты родителей.

5. Отклоняющееся микросоциальное окружение.

5.1. Воспитание в интернате.

5.2. Длительный конфликт между родителями.

5.3. Изолированная семья.

5.4. Условия жизни с возможными психосоциальными вредностями

6. Острые, отягощающие жизненные события.

6.1. Потеря любви.

6.2. Стресс вследствие помещения в чужую семью.

6.3. Стресс вследствие появления нового члена семьи.

6.4. События, приводящие к понижению самооценки.

- 6.5. Сексуальные злоупотребления вне семьи.
- 6.6. Другие события, вызывающие беспокойство и стресс.
- 7. Отягощающие факторы микросоциального окружения.
 - 7.1. Дискриминация одного из членов семьи.
 - 7.2. Миграция или эмиграция семьи.
- 8. Хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе.
 - 8.1. Конфликтные отношения с одноклассниками или коллегами.
 - 8.2. Роль «козла отпущения».
 - 8.3. Хронический стресс в школе или на работе.
- 9. Отягчающие обстоятельства вследствие психических отклонений у детей.
 - 9.1. Воспитание в интернате вследствие психического расстройства.
 - 9.2. Нарушения поведения вследствие помещения в незнакомую среду.
 - 9.3. Другие обстоятельства, приводящие к снижению самооценки.

МНОГООСЕВОЙ КОД

- 1. Клинический психиатрический диагноз
- 2. Нарушения развития
- 3. Уровень интеллекта
- 4. Физические болезни и нарушения
- 5. Аномальные психосоциальные условия
- 6. Степень тяжести имеющихся нарушений

Определение степени тяжести расстройства позволило в рамках многоосевой классификации (6-я ось) создать глобальный оценочный код (табл. 1).

6-ю ось можно использовать и как критерий эффективности любой терапии.

Баллы	Параметры
10	Оптимальное функционирование во всех областях
9	Хорошее функционирование во всех областях
8	Не более чем легкая дисфункция дома, в школе или в контактах с ровесниками
7	Сложности в одной области, но в общем достаточно успешное функционирование
6	Переменное функционирование со спорадическими трудностями или симптомами во многих, но не во всех областях
5	Среднее снижение функционирования в нескольких социальных областях или сильное западение функции в одной области
4	Сильное снижение функционирования во многих областях и неспособность функционировать в какой-то одной области
3	Неспособность функционировать почти во всех областях
2	Нуждается в значительной заботе
1	Нуждается в постоянной заботе

Таблица 1. Шкала общей оценки тяжести состояния у детей и подростков

Многофакторный подход к диагностике психических болезней особенно важен именно для детской и подростковой психиатрии. Учет помимо клинического психиатрического синдрома (на котором основывается используемый до сих пор код МКБ-10) еще четырех параметров, и прежде всего психосоциальной оси, дает возможность оценить наличие

психиатрического синдрома в контексте микросоциальных условий, что необходимо учитывать при проведении психотерапии и психопрофилактических мероприятий.

Приведем пример использования многоосевого диагноза в консультировании и психотерапии.

СЛУЧАЙ

ИЗ ПРАКТИКИ №1. Невротическое заикание

Руслана, 13 лет, привела на консультацию бабушка, мигрант из Таджикистана. Семья переехала в Петербург в 1993 году проживала в коммунальной квартире в центре города. Мать развелась с отцом Руслана из-за его брутального характера, повторно вышла замуж уже в Петербурге. Отец периодически приезжает в Петербург, берет с собой сына и водит его по ресторанам, демонстрируя свою хорошую обеспеченность (притом, что алиментов не платит, а обучение в частной школе оплачивает отчим). От второго брака матери есть мальчик, 4 лет.

Отношения Руслана с отчимом хорошие. С детства Руслан демонстрировал слабое здоровье, но обращение к педиатрам приводило лишь к ограничениям движения, назначением многочисленных лекарств. Бабушка страдала гипертонией, которую осознавала, но не могла с ней справиться. Руслан в силу повышенной чувствительности к внешним обстоятельствам не вписался в общеобразовательную школу (не выдержал насмешек ровесников) и в момент обращения обучался в частной школе. Все это требовало огромного эмоционального и материального напряжения всей семьи. Об-

ращение к школьному психологу не принесло должного облегчения.

При осмотре жалобы были следующие: самостоятельно не выходит из дома даже купить что-либо сладкое во дворе; обнаруживает повышенную утомляемость, заикается при общении; периодически возникают приступы астмы, купируемые ингалятором. Мальчик физически выглядел старше своих лет, выявляя развитые вторичные половые признаки, при выраженном психическом инфантилизме. Пропустив диагностические рассуждения, используя многоосевую диагностику, можно было констатировать следующее.

1 ось. Клинические психопатологические синдромы.

Невротическое заикание.

2 ось. Расстройства личности. Избегающее расстройство личности в стадии формирования.

3 ось. Соматические болезни. Атопическая бронхиальная астма.

4 ось. Аномальные психосоциальные условия.

Дисфункциональная семья с длительным супружеским конфликтом и вовлечением в него детей. Воспитание по типу потворствующей гиперпротекции.

5 ось. Глобальный уровень функционирования (20).

Подросток не справляется со всеми возникающими проблемами (выраженные трудности в социальной, профессиональной или

учебной деятельности).

Арт-анализ, проведенный на второй сессии, выявил признаки диффузной идентичности, подтверждая пограничную личностную организацию подростка и его симптомы, носящие регрессионный характер. Психотерапия с юношей проводилась по интегративной модели, позволив в конце курса «разбить гранит его астмы» (см. рис.1). Участие в кружке юных спасателей в какой-то степени заменило ему групповую психотерапию. Юноша использовал свой ресурс художника, поступив на факультет изобразительного искусства. Катамнез через 8 лет. Симптоматика отсутствует. Работает чиновником. Круг общения ограничен: нет друзей, подруги.

По настоянию бабки записался на прием, но не пришел.



Рисунок 1. Разбитый гранит астмы

Перед специалистом в области психического здоровья детей и подростков всегда встает вопрос: «Насколько равноценно расстройство?» При равных причинах и при одинаковыхотягчающих обстоятельствах не у всех детей возникают психические заболевания. Например, ребенок с неврозом навязчивых состояний имеет больший шанс приобрести хроническое течение заболевания в случае алкоголизма отца, чем ребенок с аналогичной патологией, но в гармоничной семье. Многоосевая классификация отражает понятие «функ-

циональный диагноз». К сожалению, этот подход оставлен в DSM-5 и не фигурирует в МКБ-11.

Тщательная диагностика, особенно синдрома «диффузной идентичности» служит необходимой процедурой для назначения адекватного лечения и психотерапии. В этом плане каждый психотерапевт должен овладеть принципами структурного интервью.

Структурное интервью

Вклад О. Кернберга в изучение структурного уровня организации личности (Табл. 2.) привел к созданию структурированных и полуструктурированных диагностических методик.

Нью-Йоркский институт расстройств личности, возглавляемый и совместно возглавляемый Отто Ф. Кернбергом и Джоном Ф. Кларкином, внес огромный вклад в разработку концепции, лечение и исследования расстройств личности (РЛ). Работая в рамках современной психодинамической теории объектных отношений, они впервые предложили сложную модель расстройств личности, такую, что типичные черты конкретного РЛ можно рассматривать как отражение природы и организации основных психологических структур, называемых *«внутренними объектными отношениями»*, из которых получены структуры более высокого порядка, такие как идентификация, защитные операции, совесть и так далее. Они также предложили систематический и последовательный подход к оценке и классификации РЛ, называемый *«структурной оценкой»* и *«уровнем организации личности»*. Наконец, с годами они усовершенствовали метод лечения патологии личности, при котором искаженное восприятие себя, других

и связанных с ними аффектов (тем самым выявляя особое лежащее в основе «внутреннее объектное отношение») находятся в центре внимания лечения, поскольку они проявляются в отношениях (переносе) с терапевтом. Это лечение называется психотерапией, ориентированной на перенос (TFP). Основными целями TFP являются приобретение лучшего контроля над поведением, усиление регулирования аффектов, развитие и поддержание более близких и приносящих удовлетворение отношений, а также достижение жизненных целей и продуктивность. Эти цели считаются достигнутыми за счет развития интегрированных представлений о себе и других, модификации примитивных защитных операций и разрешения диффузии идентичности, которые увековечивают фрагментацию внутреннего репрезентативного мира пациента. Последовательное прояснение, конфронтация и «перенос» интерпретаций *«здесь и сейчас»* терапевтических отношений этих искаженных восприятий считается важным механизмом изменения.

Структурное расстройство – ограниченная доступность тех функций, которые являются для человека ключевыми в саморегуляции и регуляции взаимоотношений. Структурные функции включают в себя способность к когнитивному распознаванию и пониманию своих чужих эмоций, налаживанию эмоциональных связей с людьми, способность сохранять эмоционально значимые связи, держать себя

в равновесии и уметь ориентироваться

Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, «нормальный»); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация—индивидуация, эдипов), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства собственного Эго (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагносты определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации. Фактически мы имеем дело с континуумом, имеющим отличия в степени выраженности. Следует отметить, что в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию.

Саморегуляция – это способность управлять своими потребностями, чувствами, справляться со своим волнением (в саморегуляцию входит: толерантность к аффектам, регуляция самооценки, умение

управлять своими желаниями, способность предвидеть последствия своих поступков – антиципация).

Саморегуляция поведения, как важнейшая характеристика зрелой личности невротического уровня развития, осуществляется посредством возможности объективно посмотреть на себя со стороны, глазами другого объекта, что в психоаналитической терминологии носит название «наблюдающее Эго». Другими словами, это критичность. Критичность при психотическом уровне отсутствует, психотик, в силу наличия магического мышления, верит в воздействие на расстоянии, в астрологические прогнозы и т. п. В человеческой массе, особенно в периоды социальных кризисов и волнений, психотические тенденции усиливаются. Способность к самопознанию и способность выразить это словами, способность говорить о своих различных чувствах (в самовосприятие входит: саморефлексия, образ себя, идентичность, дифференциация аффектов). Речь идет о целостном восприятии себя во множестве социальных ролей и проявлений. Если Я сформировано и имеет четкие границы, то индивид имеет возможность вступать в интимные отношения с другим без опасения быть поглощенным этим другим (Э. Эриксон). Отсутствие целостной идентичности (6-й кризис – диффузия идентичности по Э. Эриксону) соответственно влечет за собой отсутствие понятия Другого, независимого от меня субъекта.

Приведем краткую форму stipo score form (structured

interview for personality organization, предложенную John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry L. Stern & Otto F. Kernberg, Personality Disorders Institute), использующуюся в США, в том числе при диагностике отклоняющегося поведения у подростков.



Таблица 2. Структурная нозологическая модель О. Кернберга

А. Идентичность

1.Способность вкладываться в учебу, работу, отдых, получение удовольствия.

1. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе (учебе) и досугу

2. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе/учебе ИЛИ досугу, проявляя поверхностность в другой сфере из двух.

3. Вовлеченность в работу и досуг непоследовательная и поверхностная. Может уделять больше времени какому-то одному занятию или проявлять кажущуюся вовлеченность, больше для удовлетворения нарциссизма.

4. Минимальная вовлеченность в работу/учебу или досуг

5. Отсутствие вовлеченности в работу/учебу или досуг

Школа – первая работа подростка. Регулярное ее посещение и положительные школьные оценки требуют наличия определенных социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться как с ровесниками, так и с взрослыми. Она включает в себя как

минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы. Школьная дизадаптация (несостоятельность) способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств, а *резкое снижение успеваемости в школе при нормальном или высоком интеллекте может навести на мысль о формировании личностного расстройства или злоупотреблении подростком наркотиками или зависимостью от компьютера, интернета*. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта).

Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки у родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за проблемы своего ребенка или они ругают школу; хвалят ли родители за школьные достижения ребенка или «учатся за него». Другими подкрепляющими или ослабляющими девиантное поведение условиями являются отношения учителей и дирекции школы с конкретным учеником: знают ли они его особенности; есть ли контакт у родителей с учителями или они находятся в конфронтации. *Умение планировать отдых и развлечения также показатель «взрослости».*

2. Чувство Я. Самоописание (поверхностное, глубокое); амбивалентность, постоянство чувства Я в настоящем; мнения, вкусы; нарциссические черты; чувство Я в интимных отношениях; самооценка. Выраженная тенденция к срав-

нению с другими для самоопределения и регуляции самооценки. Самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки: (от грандиозности к униженности).

1. Самоощущение хорошо интегрировано – связанное, сложное, сохраняемое в течение длительного времени, вне зависимости от ситуации.

2. Самоощущение хорошо интегрировано, но нестабильно в течение длительного времени или легкие, стабильные нарушения самоощущения (например, непонимание себя).

3. Самоощущение почему-либо плохо интегрировано (не согласуется в чем-либо, поверхностное, нестойкое или противоречивое, со значимыми нарушениями (например, одновременно идеализированное и девальвированное представление о себе, устойчиво грандиозное представление о себе или устойчиво обесцененное).

4. Самоощущение плохо интегрировано: нестабильное, слишком поверхностное, противоречивое или устойчиво грандиозное/ девальвированное.

5. Самоощущение не интегрировано: крайне несвязное, поверхностное хаотично нестабильное с отсутствием ощущения ядра личности.

3.Репрезентации других. Значимые фигуры в настоящей жизни. поверхностное, глубокое описание, амбивалент-

ность, меняющееся мнение о других или целостное восприятие достоинств и недостатков родителей или друзей.

1. Представления о других хорошо интегрированы – связные и устойчивые, в разное время и в разных ситуациях

2. Представления о других хорошо интегрированы, но есть некая поверхностность или легкая нестабильность в данных представлениях или в чувствах других по отношению к опрашиваемому.

3. Представления о других в чем-то плохо интегрированы – присутствует несогласованность, туманность, поверхностность, непоследовательность, какая-либо нестабильность и противоречивость в ощущениях других или в чувствах других по отношению к опрашиваемому, описания могут быть автореферентными (со ссылкой на себя как на источник информации для себя).

4. Представления о других плохо интегрированы – несогласованные, нестойкие, противоречивые, со значимыми нарушениями; описания во многом автореференты.

5. Представления о других не интегрированы – карикатурные, хаотичные, противоречивые и крайне нарушенные; описания автореферентны.

Обычно в подростковой фазе происходит переоценка значимости родителей и других членов семьи. В связи с этим в данном контексте особую роль играет диагностика нарушенных семейных взаимоотношений (семейный анамнез).

Б. Объектные отношения

1. Межличностные отношения присутствуют\отсутствуют, сколько времени (в норме устойчивые отношения должны наблюдаться не менее года).

Отношения с ровесниками – также серьезный предиктор эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного подростка; чем они вместе занимаются; как подросток себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение группы старших подростков или маргинальной группы может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов – на тревожное расстройство личности или слабое развитие социальных и коммуникативных навыков. Контактируя с другими, подростки не воспринимают адекватно границы между собственными намерениями в общении и чувствами других людей.

Среди факторов, связанных с общением по горизонтали, наибольшую значимость приобретает употребление наркотиков приятелями, их установки в отношении девиантного поведения и наркотиков в частности, а также принципы построения контактов в референтной группе и ее ведущая деятельность. Так как влияние друзей на формирование отклоняющегося поведения у подростков огромно, многие лечебные программы включают приемы, направленные

на коррекцию отношений с ровесниками, способствуя ослаблению связи с ними и усилению границ «Я». Несоответствие информации при расспросе должно аккуратно проверяться. Например, если подросток сообщает, что он пил пиво только дважды, оба раза вместе с друзьями, специалист может задать вопрос следующим образом: «Я в некотором затруднении. Ты сказал мне, что никогда не посещаешь „тусовки“, но упомянул бар, где иногда бывают и наркоманы». Позже, когда специалист «присоединится» к подростку, более жесткий конфронтационный подход часто необходим и эффективен.

1. Есть как минимум один (или больше) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет; регулярные контакты с близкими друзьями; большая глубина вовлеченности; конфликты с друзьями редки и понятны (реалистичны).

2. Один (или более) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет, но в самой близкой дружбе прослеживается поверхностность, конфликтность или меньшая вовлеченность, проявляющаяся вариабельностью контактов и доверия, конфликтами в дружбе.

3. Можно говорить о наличии одного или более друзей с поверхностными отношениями, более короткой продолжительностью, значимо сниженной интимностью или нарушением взаимности доверия, значимыми конфликтами с друзьями.

4. Имеет знакомых, вряд ли – друзей. Отношения поверхностные, изобилуют конфликтами.

5. Отсутствие друзей. Описание дружбы бедное, поверхностное, хаотичное.

2. Интимные отношения и сексуальность. Имеют ли романтические или интимные отношения, присутствует любовь или отсутствие сексуальной активности, наличие мастурбации. *При первом контакте с подростком эти темы поднимать осторожно или отложить на следующую встречу.*

1. Наличие удовлетворяющих интимных отношений с взаимной зависимостью, способность сочетать любовь и сексуальность в течение длительного времени (дольше 6 месяцев).

2. Наличие интимных отношений с изъязмом (подавленные, грубые, ограниченно доверительные); может сообщать о наличии любви при подавленности сексуальности; могут быть сложности с интеграцией любви и секса.

3. Ограничение интимной сферы. Может сообщать о сложностях в сохранении интимных отношений; отношения характеризуются широтой конфликтов, кратковременностью и поверхностностью; могут быть длительные отношения с подавлением сексуальности, неверностью и/или нарушением доверия.

4. Краткие, малоинициативные поверхностные попытки установить интимные отношения; серьезная подавленность сексуальности и доверительности и/или

промискуитет.

5. Отсутствие интимных отношений и сексуальной активности.

3. Внутренний вклад в отношения со значимыми людьми. Эгоцентризм, скука, открытость, закрытость, наличие эмпатии, экономический взгляд на отношения, конфликтность.

1. Легко поддерживает взаимную зависимость, не рассматривает взаимоотношения как средство удовлетворения потребностей. Полноценная способность к эмпатии и к уважению/осознанию потребностей других, вне зависимости от собственных потребностей. Легко сохраняет интерес к другим в течение длительного времени.

2. Способен сохранять взаимную зависимость. В целом, не думает об отношениях как о средстве удовлетворения потребностей. Может думать о том, что он (а) получает от отношений, но это — не центральная мотивация в отношениях. Полностью развитая потребность в эмпатии с некоторыми сложностями видеть потребности окружающих вне зависимости от своих в отдельных сферах (сексуальные отношения, соревнования с друзьями). Способен сохранять интерес к другим в течение длительного времени.

3. Ограниченная возможность в формировании взаимной зависимости. Может либо заботиться, либо нуждаться в заботе ИЛИ занимать доминирующую/

подчиненную роль, вести или быть ведомым. Могут наблюдаться колебания между двумя позициями. Склонен рассматривать взаимоотношения как средство для удовлетворения потребностей. Ограниченные способности к эмпатии и к пониманию потребностей других в отрыве от собственных потребностей. Ограниченные способности к сохранению интереса с течением времени.

4. Нет способности к взаимной зависимости. Рассматривает отношения как средство достижения собственных целей. Незначительные способности к эмпатии. Не понимает потребностей других людей в отрыве от своих потребностей. Интерес к человеку после удовлетворения потребности мал или отсутствует.

5. Нет способностей к зависимым отношениям, к эмпатии. Рассматривает отношения целиком с точки зрения удовлетворения своих потребностей, не интересуясь потребностями других.

Общая оценка идентичности

1. Целостная идентичность – ощущение себя и окружающих хорошо интегрировано, глубокая вовлеченность в работу и отдых.

2. Целостная идентичность но с областями легкого дефицита – ощущение себя и окружающих интегрировано, но с легкой поверхностностью, нестабильностью или нарушениями И/ИЛИ некоторыми сложностями вовлечения в работу или

отдых.

3. Легкая степень нарушения идентичности – ощущение себя и/или других в чем-то плохо интегрировано (очевидная поверхностность, несогласованность или нестабильность, временами – с противоречиями и разрывами) с явными нарушениями способности вовлекаться в работу и/или отдых или вовлечение лишь удовлетворяет нарциссические потребности.

4. Умеренная степень нарушения идентичности – ощущение себя и других плохо интегрировано (значительная поверхностность, несогласованность, нестабильность, противоречия и нарушения), дефицит способности вовлекаться в работу/учебу и досуг.

5. Тяжелая патология идентичности – крайне поверхностные, хаотичные, резко противоречивые и разорванные представления о себе и об окружающих. Вовлеченность в работу и отдых отсутствует.

Примечание: Если нарушение восприятия окружающих значимо выше нарушений самовосприятия – следует заподозрить нарциссическую патологию.

В. Агрессия и враждебность

1. Агрессия по отношению к себе: вред своему здоровью, рискованное поведение, самоповреждения, суицидальность, прекращение лечения в медицинских учреждениях, игнорирование рекомендаций врачей, хроническое нарушение режима.

2. Агрессия, направленная на других: враждебность, зависть, гнев, месть, ревность.

1. Отсутствие аутоагрессии или минимальный ее уровень (например, пощипывание кожи).

2. Редкие случаи саморазрушающего поведения (например, случаи чрезмерного употребления алкоголя, случайный секс) и минимальное пренебрежение здоровьем (неправильное питание, нерегулярная чистка зубов, нерегулярный прием назначенных лекарств).

3. Более значимое саморазрушающее поведение (допущение таких ситуаций, как незащищенный секс, любовные интрижки, запой). Выдирание волос или ресниц. Поведение, мешающее выздоровлению или ведущее к инфекционному заболеванию. Неспособность следовать медицинским рекомендациям с потенциально серьезными последствиями.

4. Значимая аутоагрессия: нередкое допущение ситуаций с риском для жизни, крайне рискованное

поведение (незащищенный секс с незнакомцем, пьянки в опасных ситуациях, вождение в нетрезвом виде). Нелетальные саморанения (порезы, ожоги). Серьезное пренебрежение здоровьем. Суицидальные жесты.

5. Опасная аутоагрессия по «многим фронтам», с потенциальным серьезным вредом для здоровья. Одна или более суицидальных попыток.

Общая оценка агрессии важна для определения прогноза лечения и выбора амбулаторного или стационарного способа оказания помощи.

1. Агрессия под контролем. Могут иметь место эпизоды гнева или вербальной агрессии, но они кажутся адекватными ситуации.

2. Ситуация с агрессией не критичная. Деадаптивные проявления ограничены минимальным саморазрушающим поведением или пренебрежением, контролирующим стилем отношений или вспышками вербальной агрессии. Вербальная агрессия чаще или сильнее, чем в случае 1. Может иметь место хороший контроль, но нарастающая враждебность.

3. Достаточно плохой контроль агрессии. Деадаптивные проявления агрессии включают в себя значимое саморазрушающее или высоко рискованное поведение, пренебрежение собой и неподчинение. Также/или могут быть вспышки гнева, вербальная ненависть, частые случаи враждебного контроля над другими, садистическое удовольствие от дискомфорта или неудач других. Может наблюдаться хороший

контроль над поведением, но значительная враждебность.

4. Плохой контроль агрессии. Если агрессия направлена на себя, она может быть смертельно опасной, но не постоянной. Если она направлена на других, – эпизодическое, но частое вербальное издевательство, частые угрозы физического вреда себе или окружающим, нападения на других, удовольствие от оскорбления и/или злой власти над другими. Суицидальные жесты. Значительная или тяжелая враждебность.

5. Контроль агрессии минимален или отсутствует. Склонность к проявлению хронической, смертельно опасной агрессии. Частые жестокие, садистические вербальные издевательства. Атаки на других или самоповреждения с целью причинить вред. Создание ситуаций, опасных для жизни себя и/или других. Суицидальные попытки. Могут наблюдаться многократные попытки с целью умереть.

Г. Психологические защиты

У пациентов с расстройствами личности решающую роль играют механизмы психологической защиты, представляя собой устойчивый, индивидуальный специфический набор приемов. С их помощью индивидум привыкает преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни, – собственными влечениями, потребностями, реальностью, прежде всего значимыми лицами социального окружения. Вместо расширения копинг-механизмов, что бывает у здоровых детей, у подростков с личностными девиациями преобладают защитные построения. Они позволяют пациентам контролировать болезненные, чаще тревожно-депрессивные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическому решению проблемы. Далее защиты автоматизируются и перестают осознаваться, в этом причина их устойчивости и того, что больные с ними так неохотно расстаются. Лица с высоким структурным уровнем используют более зрелые защиты: рационализацию, вытеснение, сублимацию. Пациенты со средним и низким структурным уровнем выявляют идеализацию, обесценивание, проекцию, проективную идентификацию, нарциссические фантазии, параноидные симптомы.

Д. Адаптация\ригидность

Планирование, предвидение событий (антиципация), гибкость, самообвинения, застревание на конфликте, ухудшение самочувствия при незначительном стрессе.

Е. Моральные ценности

Имеется ли внутренний моральный компас (самостоятельный, постоянный, гибкий). Чувство стыда, вины. Присутствие жестокого, агрессивного, антисоциального поведения (драки, ограбления); отсутствие критики на отсутствие моральных ценностей, отсутствие вины, стыда, раскаяния.

1. Внутренний нравственный компас автономен, последователен и гибок. Отсутствуют признаки аморального поведения. Зрелое и адекватное чувство ответственности за потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Испытывает чувство вины.

2. Внутренний нравственный компас автономен и последователен, но с ригидностью или двойственностью в случаях возможной личной выгоды. Нет признаков явно аморального поведения. Некоторая ригидность или небрежность в ощущении беспокойства или ответственности за свое потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Чувство вины есть, но оно пассивно, и не ведет к активным действиям по возмещению ущерба.

3. Некое чувство внутренних нравственных стандартов, слишком ригидное или слабое. Может иметь место неэтичное поведение, такое как плагиат, ложь. Могут наблюдаться трудности с применением нравственных стандартов для управления поведением. Может быть эксплуататором, с трудом берет

ответственность за поведение, причиняющее вред другим. Недостаточно ощущает беспокойство и вину, или испытывает чувство вины лишь для садистического самобичевания.

4. Нравственные стандарты слабы, непоследовательны и коррумпированы. Может быть агрессивное антисоциальное поведение, такое как воровство, подлог, шантаж. Может идти на конфронтацию с жертвой, но без насилия (по крайней мере, запланированного). Морально ориентирован на то, чтобы не быть пойманным. Эгосинтонная эксплуатация. Не упускает случаев получить выгоду за счет других. Не испытывает вины или сожаления.

5. Не понимает, что такое «нравственные ценности». Наличие жестокого антисоциального поведения (запланированные нападения, побои) ИЛИ явная психопатия (непонимание явления нравственных ценностей) с жестоким поведением или без такового. Не испытывает вины или сожаления.

Пациенты с низкоуровневой пограничной организацией обладают большим количеством симптомов по всем вышеуказанным показателям и чаще всего это проявляется в низком качестве объектных отношений (отсутствие эмпатии, способность поддерживать стабильные межличностные отношения), агрессии (опасный уровень агрессии по отношению к себе и другим), а также в интегрированной системе ценностей (антисоциальные черты, девиантное и делин-

квентное поведение).

При синдроме «злокачественного нарциссизма» имеет место незначительный или отсутствующий контроль над агрессией, нарастающая тенденция к выраженному, хроническому гневу; часто садистическое удовольствие от вербального и физического мучения окружающих, стремление причинить им вред, множественные попытки суицидов. См. Случай из практики №8.

Ниже представлен краткий алгоритм диагностики.

Характеристики личностной организации подростков

Чувство я и Других (идентичность):
интегрированная или диффузная

Качество объектных отношений: хорошие, сохраненные или слабые, нестабильные

Зрелость защит: зрелые-примитивные

Тестирование реальности: Сохранена или под вопросом (напоминает психоз)

Моральное функционирование: мятежный, индивидуалист, ригидный, преследующий, оправдывающий свои поступки, нечестный

Агрессивность: направлена на автономию, эмансипацию или саморазрушение и регрессию (самоповреждения, суицидальные попытки)

Сексуальность: для целей самовыражения, интимности и любви; ингибция сексуальности или промискуитет, просмотр порно и т. д.

Самоуважение: здоровый нарциссизм или сочетание

уязвимого и грандиозного

Сепарация: автономия, индивидуация или провал самостоятельного «полёта» в жизнь и взросления

Ресурсы подростка: поддерживающая система, включая уровень родительского функционирования (занятость, психическое и физическое здоровье, стиль привязанности, воспитания и т.д.)

Личный «капитал» восстановления: либо физический (например, безопасное убежище, физическое здоровье, одежда, еда, транспорт) или человеческий капитал восстановления (например, ценности, образование, знания, навыки, полномочия, способность решать проблемы, навыки межличностного общения, самосознание, самооценка, самоэффективность, цели и смыслы)

Семейный и социальный «капитал» восстановления: тесные отношения с семьей и родственниками и другой микросоциальной средой, поддерживающие восстановление; не вызывающие привыкания социальные сети, образ жизни и виды деятельности; и положительное чувство социальной включенности и принадлежности к отдыху, работе, вере, сообщество или другие группы, основанные на ценностях

«Культурный капитал»: ресурсы и связи, основанные на культуре, которые резонируют с положительным чувством идентичности и принадлежности человека.

Предлагаемый оценочный алгоритм предназначен для тех специалистов и учреждений, которые нацелены на диагно-

стику и психотерапию как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Алгоритм представляет собой универсальную форму, которую можно использовать с некоторыми модификациями у детей, подростков и взрослых в качестве диагностического инструментария перед проведением индивидуальной, групповой и семейной психотерапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз представляет большие трудности в связи с большой коморбидностью расстройств личности с другими психическими и поведенческими расстройствами и полиморфизмом симптоматики. Чаще всего он проводится с расстройствами настроения, зависимостью от психоактивных веществ, расстройств пищевого поведения (анорексия, булимия), посттравматического стрессового расстройства, расстройствами личности. Свойственные пубертатному периоду эндокринные, вегетативные и биохимические сдвиги способствуют выявлению скрытой до этого патологии, ускоряя развитие соответствующих нарушений.

В многоосевых подходах классификации расстройства личности (РЛ) были отнесены к отдельной оси (ось 2). Разработчики преследовали две цели: во-первых, подчеркнуть отличие психопатий от заболеваний 1-й оси – клинически более ярких расстройств, во-вторых, специально обратить внимание на группу психопатий и тем самым повысить их выявляемость.

Как часть многоосевого диагноза в DSM рассматривают личностные расстройства (ось 2) в комбинации с клиническими синдромами 1-й оси (например, панические рас-

стройства у зависимой личности). РЛ называют «расстройствами межчеловеческого общения» или расстройствами отношений с социально негибким и мало приспособленным поведением. Их относят часто к эгосинтонным расстройствам. Обычно пациент начинает психотерапию как «эгодистонный», преодолевая симптомы 1-й оси (хочет от них избавиться), а затем психотерапия продолжается с эгосинтонной личностной структурой (то, что не мешает подростку, на первый взгляд).

Практика детских и подростковых психиатров указывает, что особенности поведения почти никогда не укладываются в рамки одного расстройства личности, а это затрудняет и диагностику, и лечение. Более того, тип РЛ очень мало влияет на выбор лечения. классификации типов личностных расстройств, они в значительной степени налагаются друг на друга, и порой невозможно четко отличить одно личностное расстройство от другого, а также провести границу между патологией и нормой.

Если обратиться к начальным проявлениям РЛ (1-й этап), то клинические особенности определяются в детстве отдельными элементарными проявлениями по возбудимому, истерическому, астеническому или неустойчивому типу, в основном в виде форм реагирования.

На 2-м этапе формирования РЛ (негативная фаза пубертата) отчетливо выявляется мозаичность клинической картины (чаще всего за счет

преобладания кризовой симптоматики). В это время отмечается как нестабильность психопатических синдромов, так и многообразие утрированных возрастных особенностей психики (стремление к самоутверждению, эгоцентризм, реакции оппозиции, имитации, отказа и т. д.), психоэндокринные проявления

В рамках подросткового и юношеского возраста понятие декомпенсации может быть применено с известной долей условности, так как, если исходить из теоретических предпосылок, состояние декомпенсации предполагает сформированное расстройство личности.

В последние годы часто наблюдаем сочетание РЛ с болезнями 1-й оси, в том числе с депрессией и наркоманией. Психологическое и динамическое развитие у детей и подростков с расстройствами личности имеет свои особенности. «Пограничный» подросток в целом обладает нормальным интеллектом, наибольшие отклонения наблюдаются в *эмоционально-волевой сфере*, что позволяет говорить об «остановке эмоционального развития».

Подростки с РЛ на внешнем уровне свободны в своих действиях, но на внутреннем уровне отдается своим влечениям. Им не хватает свободы воли.

Общепринятой точкой зрения в настоящее время является отнесение личностных расстройств к группе полиэтиологических заболеваний био-психо-социо-духовной приро-

ды. В возникновении данного расстройства многими учеными подчеркивается роль раннего хронического негативного опыта со значимыми взрослыми, которые затрудняли ребенку здоровое развитие в областях автономии, принадлежности, достижений и самооценки. Вследствие ригидной когнитивной схемы у пациентов с личностными расстройствами лечение нередко затягивается до 12—20 месяцев по сравнению с 12—20 неделями у лиц, имеющих диагноз 1-й оси.

СЛУЧАЙ

ИЗ ПРАКТИКИ №2.Паническая атака – Нарциссическое расстройство личности

В некоторых случаях полезно пользоваться патобиограммой (табл.3), в которой симптомы и особенности личности по DSM-5 разнесены во времени и по годам. В данной таблице отражены диагнозы Максима, 17 лет, который лечился амбулаторно по поводу панической атаки.

Симптомы/годы	8-9	10-11	12-13	14-15	16-17	17-18			
Нарушение функционирования Я (Self) Идентичность:			Хроническая Тревога	амбивалентность	Одиночество	плохая интеграция между концепциями Я и значимых других			
Нарушения в межличностном функционировании	Страхи		Нестабильные Отношения	Слабая стрессо-устойчивость					
Негативная аффективность	Колебания настроения		Выраженные эмоциональные лабильности	Сепарационная тревога	Депрессивные состояния				
Импульсивность:				Ревность к брату	Гашиш	Реакции, не соотв. ситуации			
Антагонизм:				Разрыв отношений	Амбивальентность	Истерические припадки			
Другие симптомы	Нарушения сна	Желание выделиться			ПСЭ ИНВ	Болезнь Жильбера			
Диагноз	Астма				Тревожное расстройство	Поранившая личность			

Таблица.3 Патобиограмма пациента М.,17 лет

Как видно из таблицы уже в 8 лет наблюдались единичные приступы астмы неясной этиологии, ночные страхи, в 11—12 лет регистрировались нестабильные отношения, с 13 лет ревность к брату и т. д. Симптомы и личностные девиации нарастали во времени. В ходе наблюдения был верифицирован диагноз нарциссического расстройства личности (продолжение см. Случай из практики №26).

С появлением классификаций DSM-V и МКБ-11 произошёл пересмотр парадигмы, предлагается новый подход,

упраздняющий разные категории личностных расстройств. Осталось одно: сам факт наличия расстройства личности.

Особенностью классификации личностных расстройств в МКБ-11 является отсутствие привычного деления на шизоидные личности, параноидные личности, эмоционально неустойчивые личности и т. д. Расстройство личности характеризуется относительно устойчивыми и глубоко проникающими нарушениями в том, как индивид воспринимает и понимает самого себя, других людей и мир, что приводит к неадекватным паттернам когнитивной деятельности, эмоционального опыта, эмоционального выражения и поведения. Эти неадекватные паттерны относительно ригидны и связаны со значительными проблемами в психо-социальном функционировании, которые особенно заметны в межличностных отношениях. Нарушения проявляются в различных индивидуальных и социальных ситуациях (т.е., не ограничиваются определёнными отношениями и ситуациями). Расстройство личности имеет длительное течение, обычно не менее нескольких лет. Чаще всего первые проявления возникают в подростковом возрасте и отчётливо заметны во взрослой жизни.

На смену приходит деление на уровни тяжести и выраженные личностные черты (табл. 4). Мы рады таким переменам, ведь она (новая система классификации расстройств личности в МКБ-11) напоминает психоаналитический подход О. Кернберга и его структурный подход.

Степень выраженности	Основные характеристики
Легкая	• существуют выраженные трудности в построении значимой части межличностных отношений и в выполнении ожидаемых профессиональных и социальных ролей; • сохраняется способность выполнять отдельные социальные или профессиональные роли, поддерживать часть отношений; • не ассоциировано с причинением значительного вреда для себя или окружающих людей.
Средняя	• серьезные проблемы наблюдаются в большинстве межличностных отношений и в выполнении ожидаемых профессиональных и социальных ролей; • эти проблемы выявляются в широком диапазоне ситуаций, большинство из которых в некоторой степени скомпрометированы; • часто связано с имевшимся в анамнезе и ожидаемым в будущем причинением вреда самому себе или окружающим людям, но НЕ в степени, которая может повлечь долгосрочный ущерб или угрожать жизни.
Тяжелая	• серьезные проблемы в межличностном функционировании, затрагивают все сферы жизни; • общая социальная дисфункция человека становится глубокой, а способность и/или готовность выполнять ожидаемые профессиональные и социальные роли отсутствует или серьезно скомпрометирована; • часто связано с имевшимся в анамнезе и ожидаемым в будущем причинением тяжелого вреда самому себе или окружающим людям, в степени, которая может повлечь долгосрочный ущерб или угрожать жизни.

Таблица 4. Степени выраженности личностных расстройств

Диагностика расстройств личности детей и подростков представляет определенные трудности, так как в силу того, что идет становление черт личности, критерии диагностики не всегда соответствуют общепринятым критериям у взрослых.

лых клиентов. В DSM-5 разделе 2 не запрещается постановка диагноза пограничного расстройства личности, однако все зависит от субъективной клинической оценки состояния пациента специалистом и его подготовки. *Диагноз «пограничное расстройство личности» может выставляться подросткам, когда конкретные неадаптивные личностные черты индивида представляются всепроникающими, стойкими и вряд ли ограничиваются определенной стадией развития или эпизодом расстройства оси I.*

Кроме того, для диагностики расстройства личности у человека в возрасте до 18 лет эти признаки должны присутствовать не менее 1 года. Каждый из 5 доменов – это континуум, который может встречаться и в «нормально» популяции, и при РЛ, с той лишь разницей, что при РЛ черты сильно выражены, приводя к дезадаптивности (табл.5).

Домен МКБ-11	Характеристики
Выраженные признаки негативной аффективности (Фактор 1)	Характеризуется тенденцией проявлять широкий спектр тревожных эмоций, включая: • тревогу • гнев • отвращение к себе • раздражительность • уязвимость • депрессию • другие негативные эмоциональные состояния, часто в ответ на даже относительно незначительные фактические или воспринимаемые стрессоры.
Выраженные признаки отгороженности (Фактор 2)	Эмоциональная и межличностная дистанцированность, проявляющаяся в заметной социальной отгороженности и/или индифферентном отношении к людям; изоляция с очень небольшим количеством или отсутствием привязанностей, в том числе избегании не только интимных отношений, но и близких друзей. Черты этого домена включают: • отчуждение или холодность по отношению к другим людям • сдержанность • пассивность и отсутствие уверенности в себе • сниженный опыт в переживании и выражении эмоций (особенно положительных), до степени ослабления способности испытывать удовольствие.

Таблица 5. Домены МКБ-11 и их характеристики

Выраженные диссоциальные признаки (Фактор 3)	Центральный аспект данного домена - игнорирование социальных обязательств и соглашений, а также прав и чувств других. Черты в этой области включают: • бессердечие • отсутствие эмпатии • враждебность и агрессию • беспощадность и неспособность или нежелание поддерживать просоциальное поведение, часто проявляющееся в чрезмерно позитивном взгляде на себя • склонности к манипуляциям и эксплуатации других.
Выраженные признаки импульсивности (расторженности) (Фактор 4)	Данный домен характеризуется постоянной тенденцией действовать импульсивно в ответ на непосредственные внутренние или внешние стимулы без учета долгосрочных последствий. Черты в этой области включают: • Безответственность • импульсивность без учета рисков или последствий • отвлекаемость и безрассудство.
Выраженные ананкастные признаки (Фактор 5)	Этот домен характеризуется наличием узкого фокуса на контроле и регулировании собственного поведения и поведения других для обеспечения соответствия вещей индивидуальному идеалу. Черты в этой области включают: • перфекционизм • персеверацию • эмоциональная и поведенческая ограниченность • упрямство • сознательность • упорядоченность • следование правилам и обязательствам.

Таблица 5. Домены МКБ-11 и их характеристики (продолжение)

Выделение доменов также аргументируют фактом, что диагностировать РЛ не удастся без комплексного анализа и оценки личности (диспозиций). Также теряется необходимость в такой категории как «смешанное РЛ».

Для каждого домена разрабатывают специфические методы психотерапии и рекомендации. Например, некоторые хорошо отвечают на когнитивно-бихевиоральную терапию (до-

мен негативной аффективности), а некоторые очень резистентны ко многим видам терапии (домен с выраженными диссоциальными признаками).

Можно заметить, что МКБ-11 подготовило много нововведений. Воспринимаются они очень двояко. С одной стороны логическая аргументация «подкупает» своей целесообразностью, а с другой – не совсем понятно как это отразится на практике. Дадим развернутое определение пограничного расстройства личности и представим его основные симптомы (табл.6).

Пограничное расстройство личности проявляется всепроникающей картиной нестабильности межличностных отношений, образа себя и аффектов, а также выраженной импульсивностью, начинающейся с раннего взрослого возраста и присутствующей в различных контекстах, о чем свидетельствуют пять (или более) из следующих: типичными особенностями пограничного расстройства личности являются нестабильность образа себя, личных целей, межличностных отношений и аффектов, сопровождающаяся импульсивностью, принятием риска и/или враждебностью. Характерные трудности проявляются в идентичности, самонаправленности, эмпатии и/или близости, как описано ниже, наряду со специфическими неадаптивными чертами в области негативной аффективности, а также антагонизмом и/или расторможенностью (табл.6).

А. пограничное расстройство личности проявляется всепроникающей картиной нестабильности межличностных отношений, образа себя и аффектов, а также выраженной импульсивностью, начинающейся с раннего юношеского возраста и присутствующей в различных контекстах.	Пограничное расстройство личности проявляется всепроникающей картиной нестабильности межличностных отношений, образа себя и аффектов, а также выраженной импульсивностью, начинающейся с раннего взрослого возраста и присутствующей в различных контекстах, о чем свидетельствуют пять (или более) из следующих: типичными особенностями пограничного расстройства личности являются нестабильность образа себя, личных целей, межличностных отношений и аффектов, сопровождающаяся импульсивностью, принятием риска и/или враждебностью. характерные трудности проявляются в идентичности, самонаправленности, эмпатии и/или близости, как описано ниже, наряду со специфическими неадаптивными чертами в области негативной аффективности, а также антагонизмом и/или расторможенностью.
1.отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества.	А.умеренные или выраженные нарушения в функционировании личности, проявляющиеся характерными трудностями в двух или более из следующих четырех областей Идентичность: заметно обедненный, слабо развитый или неустойчивый образ себя, часто связанный с чрезмерной самокритикой; хроническое чувство пустоты; диссоциативные состояния под воздействием стресса Самонаправленность: нестабильность целей, ценностей, карьерных планов
2.близкие отношения часто рассматриваются в крайностях идеализации и девальвации.Это относится к феномену «расщепления»	
3.расстройство идентичности заметно и постоянно присутствующее нестабильное чувство образа я (self)	Эмпатия:способность распознавать чувства и потребности и уязвимость другого человека связанная с межличностной сенситивностью Интимность: Близость: интенсивные, нестабильные и конфликтные близкие отношения, отмеченные недоверием, потребностью и тревожной озабоченностью реальным или воображаемым оставлением;

Таблица 6. Характеристика пограничного расстройства личности у подростков

	близкие отношения часто рассматриваются в крайностях идеализации и девальвации и чередуются между чрезмерной вовлеченностью и разрывом отношений
4.импульсивность, по крайней мере, в двух областях, которые потенциально саморазрушительны (например, траты денег, секс, злоупотребление наркотиками, безрассудное вождение, обжорство). Примечание: не включайте самоубийственное или самоуничтожающееся поведение, описанное в (5)	В.4 или более из следующих семи патологических личностных черт, по меньшей мере, которыми могут быть импульсивность (5), подверженность риску или враждебность
5.повторяющееся суицидальное поведение, жесты, угрозы или аутоагрессивное поведение	1.эмоциональная лабильность (аспект негативной аффективности): нестабильные эмоциональные переживания и частые изменения настроения; эмоции, которые легко возбуждаются, интенсивны и/или непропорциональны событиям и обстоятельствам
	2.тревожность (аспект негативной аффективности): сильные чувства нервозности, напряжения или паники, часто в ответ на межличностные стрессы; беспокойство о негативных последствиях прошлых неприятных переживаний и будущих негативных возможностях; чувство страха, опасения или угрозы неопределенности; страх потери контроля
	3.отсутствие безопасности при сепарации (аспект негативной аффективности): страх быть отвергнутым и/или отделенным от значимых других, связанный со страхом чрезмерной зависимости и полной потери автономии
	4.депрессивность (аспект негативной аффективности): частые чувства подавленности, несчастья и/или безнадежности; трудности с восстановлением от таких настроений; пессимизм в отношении будущего; всепроникающий стыд; чувство собственной неполноценности; мысли о самоубийстве и суицидальном поведении
6.аффективная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения (например, интенсивная эпизодическая	импульсивность (аспект растормаживания): действие под влиянием момента в ответ на немедленные стимулы; мгновенное

Таблица 6. Характеристика пограничного расстройства личности у подростков (продолжение)

дисфория, раздражительность или тревожность, обычно длящиеся несколько часов и лишь изредка более нескольких дней)	действие без плана или рассмотрения последствий; трудности установления или следования планам; быстрое действие и самоповреждающее поведение при эмоциональном дистрессе принятие риска (аспект расторможенности): участие в опасных, рискованных и потенциально саморазрушительных действиях, без необходимости и без учета последствий для себя и окружающих;
7.хроническое чувство пустоты	Враждебность (аспект антагонизма). неуместный, сильный гнев или трудности контроля гнева (например, частые проявления раздражительности на незначительный стимул)
	Специфические симптомы. могут быть использованы для записи дополнительных особенностей личности, которые могут присутствовать при пограничном расстройстве личности, но не требуются для диагностики. например, признаки психотизма (например, когнитивная и перцептивная дисрегуляция) не являются диагностическими критериями пограничного расстройства личности (см. критерий b), но могут быть указаны в соответствующих случаях. кроме того, хотя для диагностики пограничного расстройства личности (критерий а) требуется умеренное или большее нарушение функционирования личности, можно также указать структурный уровень (высокий, низкий, средний)

Таблица 6. Характеристика пограничного расстройства личности у подростков (продолжение)

Диагноз «пограничное расстройство личности» пропускается специалистами помогающих профессий так как рассматривается как проявление «негативной фазы» пубертата.

Операционализированная психодинамическая диагностика также может быть полезной в диагностике данного расстройства.

Приводимый ниже пример иллюстрирует сложности в верификации пограничного расстройства личности. Здесь, как и при других расстройствах био-психо-социо-духовного происхождения, налицо суммирование множества факторов. Невнимание специалистов «помогающих» профессий к данным анамнеза в детстве и несвоевременно назначенная психотерапия привело к помещению девушки в психиатрический стационар, задержке оказания психотерапевтической помощи.

СЛУЧАЙ

ИЗ ПРАКТИКИ №3. Пограничное расстройство личности

Пациент Галина Б., 17 лет. Диагноз при поступлении: тревожно-депрессивный синдром. Анамнестические сведения со слов пациентки: Наследственность – дядя по линии матери в детстве страдал снохождением и сноговорением, психиатром и неврологом не наблюдался, «само прошло». Родилась в полной семье, младшей из двух детей, старшая сестра (разница 8 лет) психически здорова, социально благополучна. Из перенесенной патологии – в детстве эпизодически снохождение. В младшем школьном возрасте – бытовая ЧМТ. Сочетанную соматическую патологию отрицает. Раннее развитие с незначительным опережением, ходить и говорить начала в возрасте до года. ДДУ не посещала, в школе училась с семи лет. С программой справлялась хорошо, имела много увлечений, окончила ДМШ, занимается музыкой до сих пор. В настоящее время посещает психотерапевтический кружок при университете, планирует получить профессию врача «психиатра, но это еще не точно, я думаю». В психическом состоянии изменения наблюдаются около двух лет: тогда впервые стала обращать внимание на свой высокий рост,

значительно превышавший в то время рост ровесниц, стеснялась по этому поводу, комплексовала, «считала себя непривлекательной». Испытывала подавленное настроение, преимущественно апатическое, «ничем не хотелось заниматься», но заставляла себя, «через силу справлялась». Также отмечались колебания настроения в сторону подъема, без видимой причины, длительностью обычно около двух недель. В это время легко справлялась со всеми делами, со школьными заданиями, «за короткий срок могла сделать то, на что раньше необходимо было много времени». С осени 2017 года впервые отметила нарушения сна, связанные с колебаниями настроения, «но всегда по-разному»: во время депрессии могла спать по несколько суток, не вставая с постели, «а могла наоборот несколько суток не спать, или в интернете сидит или читает или просто ничем не занимается». Тогда же впервые отметила аутоагрессивные действия: наносила себе ожоги, «небольшие, рубцов нет», затем ходила «гулять по крыше», около полугода назад во время урока физкультуры преподавательница обнаружила ее режущей себе руку. Объясняла это тем, что «мне очень больно, а от этого легче делается, и я боль перестаю ощущать». Порезы наносила себя многократно, в области плеч и предплечий, в области также живота, не с целью суицида, а для того, чтоб «стало легче». По настоянию родителей была консультирована психологом, к которому ходила на сеансы психотерапии, «но было всегда по-

разному, то ей легче после психолога, то еще хуже». Также была консультирована психиатром (диагноз не известен), рекомендован прием фенибута, финлепсина, венлаксора и атаракса, субъективно отмечала улучшение. Стала сама увлекаться психиатрией, читала книги по этой теме, говорила близким, что «меня скоро увезут в «психушку», общаясь с матерью, сама поставила себе диагноз «шизофрения». Утверждала, что периодически «слышит голос на улице, который зовет по имени». 8 мая в компании друзей достала таблетки и начала пить их «горстями», со слов, выпила несколько десятков разных таблеток, точно не может сказать, сколько и каких именно. После возвращения домой каретой скорой помощью была доставлена в токсикологическое отделение, будучи в реанимации видела, как реанимируют ребенка, захлебнувшегося в бассейне, испытала «шок» в этой связи. После возвращения домой вечером боялась спать, утверждала, что цветок на окне с ней «разговаривает». По настоянию близких обратилась для обследования и лечения в Центр «Бехтерев».

После выписки дома терапию принимала регулярно, являлась в отделение для контрольных осмотров. Выявлена неудовлетворительная переносимость препарата депакин (побочный эффект в виде гиперпигментации кожи), трилептала (реакция в виде выпадения волос), в связи с чем назначен ламотриджин. Ухудшение состояния в конце сентября, когда во время

поездки за границу самостоятельно отменила себе препараты, «было хорошо, решила, что могу обойтись без них», что привело к резкому снижению настроения, мыслям о суициде, нанесла себе повреждение (ожог на левом предплечье). Вновь обратилась к психиатру. Данная госпитализация уже не первая, состояние резко ухудшилось аутохтонно, стала плаксивой, заявляла, что не хочет жить, госпитализирована.

Психический статус. Ответы дает в плане задаваемых вопросов, по существу, открыта продуктивному контакту. Мышление последовательное. Интеллект соответствует полученному образованию. Активной психопродукции нет. Фон настроения, скорее, несколько снижен. Эмоционально лабильна. Мимика живая. Личностно незрела, инфантильна. Суицидальной настроенности не выявляет. Проводимая терапия: седалит по 600 мг утром и вечером, седалит по 300 мг в обед, кветиапин 100 мг на ночь с последующим снижением по мере редукции психопатоподобного синдрома. Во время клинического разбора мнение специалистов о диагнозе разошлись, согласились с версией консультанта под давлением авторитета.

Диагноз: Биполярное аффективное расстройство. Смешанное аффективное состояние F 31.6

Сопутствующий диагноз: синдром зависимости от каннабиноидов, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление.

Переведена в отделение реабилитации для

интенсивной психотерапевтической работы.

При проведении структурного интервью были обнаружены следующие симптомы:

страх быть отвергнутой

нестабильность отношений

расстройство идентичности

импульсивность

агрессия по отношению к себе

аффективная нестабильность

хроническое чувство пустоты

неадекватный интенсивный гнев

Данные симптомы укладывались в характеристику «пограничного расстройства личности».

Динамическое наблюдение в отделение реабилитации. Первые две недели сомневалась в необходимости реабилитации, ссылаясь на свой диагноз биполярное расстройство (самостигматизация). Затем настроение выравнилось, был отменен литий, назначенный психиатром. Успешно справлялась со всеми домашними заданиями, дежурила, соблюдала режим. Принимала участие в работе психотерапевтических групп. Рассказала врачу о том, что с сентября 2018 года с периодичностью 1—2 раза в месяц курила марихуану в компании друзей на фоне стабильного самочувствия, последний прием в середине ноября 2018 года, мочевого тест на ПАВ отрицательный. Легкомысленно отнеслась к данному заявлению, считает, что «каждый подросток это пробует», манипулирует своим состоянием, при

объяснении врачу о приеме ПАВ заявляет, что «так можете мне расшатать мою депрессию», просит врача сохранить в тайне прием ПАВ, позже самостоятельно рассказывает об этом на группе: «Не вижу в этом ничего особенного». Психопродукции нет. Мышление последовательное, связанное, достаточно продуктивное. Настроение неустойчивое в течение дня: утром вялая, сонливая, заявляет о тревожности, к обеду заявляет, что состояние улучшилось, выходит на группу, общается с больными, вечером тревожна, плаксива, заявляет, что не хочет жить, просит укол, после чего засыпает и спит до обеда. Психопродукции нет.

Девушка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии с минимальной поддерживающей дозировкой лекарств. Когда родственники отказали ей в обучении в частной школе, пришла к директору и сообщила, что у неё появились галлюцинации. Психиатр, наблюдавший её до этого, вновь назначил медикаменты. Психотерапия была прервана.

Дифференциальный диагноз между пограничным расстройством личности и расстройством настроения может быть проблематичным, особенно в случае биполярного расстройства 2 типа. Однако следует отметить, что аффективные сдвиги при ПРЛ регистрируются чаще между гневом и дисфорией и реже между подъемами и спадами настроения (как при биполярном расстройстве) и очень зависят от контекста отношений, чем эндогенных колебаний. Следу-

ет также подчеркнуть, что такой феномен как «гиперментализация» (гиперрефлексия) – нередкий симптом у подростков.

Расстройства идентичности у подростков очень похожи на аналогичные проявления у взрослых пациентов.

СЛУЧАЙ

ИЗ ПРАКТИКИ №4. Селф-харм

Пациентка Р., 15 лет, лечилась у когнитивно-поведенческого психотерапевта по поводу снижения успеваемости в школе, плохого настроения, самоповреждений (резала себе предплечья острыми предметами).

МОТИВЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ (SELF-HARM, ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВО)

Членовредительство может прорваться сквозь эмоциональное оцепенение с резкой интенсивностью. Членовредительство может помочь людям, которые чувствуют себя бессильными перед тем, что происходит в их жизни, почувствовать, что они действительно контролируют то, что они делают со своим телом. Рана может говорить громче слов, чтобы сказать миру: «Вот, что я чувствую».

Организм реагирует на травму выделением эндорфинов, природных опиоидов, в мозге, которые могут вызывать эйфорию, облегчая боль, возникающую из-за сверхчувствительности к отвержению значимых фигур микросоциального окружения. Помимо медицинских проблем, которые непосредственно может вызвать самоповреждение, селфхарм увеличивает риск рецидива при

употреблении алкоголя и других наркотиков. Непреднамеренные несуицидальные самоповреждения обладают повышенной аддиктивностью, так как в результате их повышается уровень эндогенных опиатов,

Многие люди, которые причиняют себе боль, чтобы достичь перечисленных выше целей, обнаруживают, что, когда хорошие чувства проходят, у них остаётся чувство стыда и ненависти к себе. Многие люди, наносящие себе увечья, чувствуют необходимость держать эту часть своей жизни в секрете. Подобные секреты создают дистанцию и эмоциональные барьеры, изолируя их от близких друзей. Когда другие узнают, что человек причиняет себе боль, они часто не понимают и реагируют негативными суждениями, гневом или страхом, и они могут дистанцироваться.

Как и любой наркотик, изменяющий настроение или поведение, самоповреждение само по себе может стать зависимостью.

Медикаментозная терапия антидепрессантами и сеансы психотерапии не привели к положительным результатам, и девушка была направлена в реабилитационную клинику. Пребывание в клинике выявило следующие проблемы: выраженное расхождение между Я-реальным и Я-идеальным, стыд, что не оправдала ожидания родителей, обучаясь в престижной школе, сильная ненависть себе. Антидепрессанты были постепенно отменены. Проработка проблем в индивидуальной, групповой терапии и параллельной работой с ро-

дителями привели к компенсации состояния.

Самооценка – это процесс когнитивной и аффективной оценки собственной личности. Только благодаря повторяющейся самооценке у ребенка складывается сравнительно устойчивое отношение к собственной личности, которое проявляется в самоуважении. Самооценка может выступать в качестве показателя уровня психической зрелости личности. Проблемы самоуважения и самооценки, зависящие от внешнего окружения-стержневой симптом нарциссической личности.

Этот симптом требует особого внимания. Большинство авторов рассматривают его как коллапс ментализации, который жестко связан с диссоциацией и возникновения интенсивных (хотя часто хаотических и проблемных) реакций на Других. Нередко реакции гнева, стыда и отчаяния возникают в результате осознанной и неосознанной провокации родителей.

Нарциссическое расстройство личности

Другим, сложным в дифференциально диагностическом отношении диагнозом, служит нарциссистическое расстройство личности.

Пациенты с нарциссическим личностным расстройством (НЛР) могут быть профессионально успешны, устойчиво работоспособны и социально коммуникабельны, но у них также может наблюдаться функциональная неполноценность, либо с дезадаптивными нарциссическими чертами и влиянием сопутствующих психических расстройств, либо со злокачественными, антисоциальными или психопатическими чертами.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.