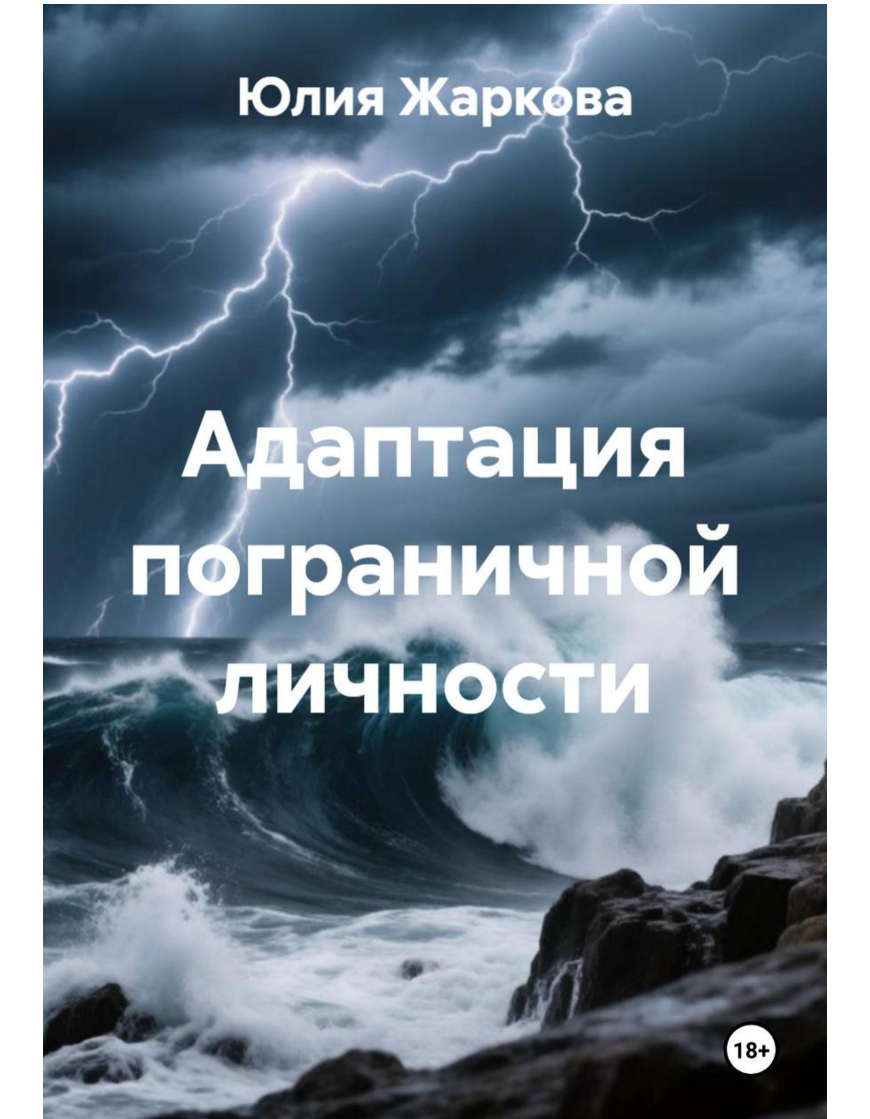


A dramatic photograph of a stormy sea. In the foreground, dark, jagged rocks are partially submerged in white, frothy waves. A large, curling wave is breaking towards the shore. The sky is dark and filled with heavy, grey clouds. Several bright, white lightning bolts are visible, striking down from the clouds. The overall mood is intense and powerful.

Юлия Жаркова

Адаптация пограничной личности

18+

Юлия Жаркова

Адаптация

пограничной личности

<https://litres.ru/74225384>

SelfPub; 2026

Аннотация

Это книга – о пограничном расстройстве личности (ПРЛ). Она – для всех, кто сталкивается в жизни с этой проблемой лично или через близкого человека. Меня зовут Юлия Жаркова, я работаю психологом-сексологом и, что важно, на своем личном опыте знаю, как тяжело жить с таким диагнозом. Поэтому отлично понимаю вас.

Честно скажу: чтобы хоть как-то облегчить жизнь себе или близкому человеку с ПРЛ, в первую очередь важно разобраться, что вообще представляет собой это самое расстройство, как оно проявляется и откуда берётся. Знание здесь – не просто сухой набор фактов. Это точка опоры, чтобы наконец перестать путаться в собственных реакциях и чувствах. Моя задача – объяснить всё максимально просто и без медицинских лекций.

Содержание

Введение	4
Глава 1. Диагностика ПРЛ	6
Глава 2. Стоит ли бояться диагноза ПРЛ?	37
Глава 3. Уязвимые сферы у людей с ПРЛ	47
Глава 4. Психодинамическое направление Отто Кернберга	92
Конец ознакомительного фрагмента.	95

Юлия Жаркова

Адаптация

пограничной личности

Введение

Каждый день, работая с клиентами, я сталкиваюсь с таким явлением, про которое по-прежнему ходит масса мифов и предвзятых мнений – это пограничное расстройство личности (ПРЛ). Это не просто диагноз из учебника, а целый мир сложных эмоций, резких перепадов настроения, настоящей внутренней борьбы. И часто близкие тех, кто живёт с ПРЛ, оказываются втянутыми в этот круговорот – причём иногда они растеряны не меньше самих «виновников» событий.

Я взялась за эту книгу не для того, чтобы познакомить читателя со своей биографией и жизнью с ПРЛ. Мой замысел заключается в другом: я искренне хочу поддержать людей, которые ищут ответы на многие непростые вопросы, ищут поддержку для себя или своих близких.

Мы все нуждаемся в понимании – особенно когда не чувствуем в себе уверенность, а вокруг больше страхов и ярлыков, чем простого человеческого принятия.

Главная моя задача – чтобы стигмы (некие отклонения

от нормы) – уступили место знанию. Ведь многие даже не замечают очевидного: речь не об абстракциях или каких-то «несерьёзных причудах», а о реальных людях, которым трудно поверить в себя именно потому, что над ними висит невидимое клеймо. Я хочу вскрыть этот пласт и показать: за диагнозом всегда стоит человек со своими страхами, мечтами и огромным потенциалом к изменениям.

Здесь вы найдёте объяснения того, почему проявления ПРЛ выглядят так странно или пугающе со стороны, узнаете о приёмах самопомощи – это конкретно то, что действительно работает и может поддержать вас в тяжёлый момент.

И знаете, что? Всё это реально помогает двигаться вперёд!

Я – живое тому подтверждение: благодаря терапии (и сотни раз пересобранной вере в себя), мне удалось наполнить свою жизнь теми смыслами и ценностями, которых раньше почти не было видно за густым туманом страха и отчаяния.

Уверена: если у меня получилось – получится и у вас!

Главное – шагнуть навстречу переменам и дать себе время на свой собственный путь.

Глава 1. Диагностика ПРЛ

МКБ-10

Давайте начнём с того, что познакомимся с современным взглядом врачей-психиатров на этот диагноз.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности — это не просто «плохое настроение» или эмоциональная резкость. Человек с этим расстройством живет как на вулкане: чувства и реакции вспыхивают быстро, часто неожиданно для самого человека, а последствия этих вспышек обдумываются уже потом — если вообще обдумываются. Складывается ощущение, что внутренний механизм контроля эмоций устроен гораздо слабее, чем у других людей.

Представьте друга, который с утра может быть вполне спокойным, а через час уже вступает в бурный спор на пустом месте или резко меняет свое отношение к кому-то из близких — иногда без видимой причины. Это не про «капризы» в привычном смысле слова. Попробуйте жить в этом хаосе постоянно: когда внутри все качается от радости до злости за считанные минуты.

Здесь обычно сталкиваются с двумя основными оттенками этого расстройства. Первый вариант — импульсивный

тип, где главными «героями» становятся внезапные эмоции и поступки, причем остановиться бывает почти невозможно. Если такой человек сталкивается с запретом или критикой в свой адрес, конфликт неизбежен: здесь скорее вырвется гнев или раздражение, чем взаимопонимание.

Второй вариант — пограничный тип (Borderline), и это уже сложнее. Тут появляется неуверенность в том, кто ты есть и чего хочешь от жизни; хроническое чувство внутренней пустоты; отношения часто напоминают американские горки: сегодня идеализируют кого-то до небес, завтра этот человек становится источником боли и разочарования. Часто добавляются самоповреждающее поведение или попытки суицида — не всегда как стремление умереть, а как способ справиться с эмоциональной болью.

Снаружи все это может выглядеть как обычная конфликтность или «эмоциональные качели», но, если заглянуть глубже — это жизнь с постоянной внутренней борьбой между тем, чтобы почувствовать себя живым хоть на мгновение, и непреодолимым страхом быть отвергнутым или потерянным внутри себя.

Сейчас наши врачи и психиатры опираются на МКБ-10 (международная классификация болезней). В его системе пограничное расстройство личности рассматривается как один из девяти видов расстройств личности. В американской классификации DSM-5 расстройства личности официально делятся на три четкие подгруппы (кластеры А, В и

С), в МКБ-10 такого официального деления нет, однако в клинической практике врачи часто группируют диагнозы из МКБ-10 (коды F60.0 – F60.7) по точно такому же принципу, так как они совпадают по своим проявлениям.

Вот как это выглядит:

В первой группе, специалисты иногда называют — странно-эксцентричной, и, честно, характеристика – в яблочко. Собраны люди с шизоидным (F 60.0) и параноидным (F60.1) расстройствами личности. Представьте себе человека, который всегда немного не от мира сего: недоверчивый или погруженный в собственные странные ощущения.

Вторая группа – драматичные и эмоциональные. Здесь уже совсем другие истории: Эмоционально неустойчивое (F60.3): сюда входят импульсивный (F60.30) и пограничный-ПРЛ (F60.31) типы. Антисоциальное, иногда его ещё зовут диссоциальным (F60.2), и истерическое или гистрионное (F60.4). Это те случаи, когда человек как будто проживает жизнь на максимальной громкости чувств – буря эмоций почти ежедневно.

Третья группа чуть скромнее – тревожные и боязливые. Сюда относят избегающее или тревожное (F60.5), зависимое (F60.6) и обсессивно-компульсивное расстройства личности (F60.7), если вам знакомы ситуации вечных сомнений, страха сделать неверный шаг или мучительных навязчивых мыслей – вот оно.

В МКБ-10, если вы попробуете найти нарциссическое рас-

стройство личности как отдельную группу не получится. Его не вынесли в самостоятельный диагноз: оно прячется под общим кодом— другие специфические расстройства личности (F60.8).

Почему так? Тут интересно: когда создавали МКБ-10, европейская группа специалистов решила, что нарциссизм слишком часто переплетается с другими личностными расстройствами — особенно с истерическим и диссоциальным. Получилось бы странно: человек вроде бы нарцисс, но критерии пересекаются процентов на 70–80% с соседними диагнозами.

Поэтому в Европе (и странах, где используют МКБ) предпочли оставить нарциссизм «на обочине» — не как игнорируемую проблему, а как черту, которую чаще встречают вместе со знакомыми паттернами других расстройств. В Штатах же пошли иначе: американская DSM-5, прямо фиксирует нарциссическое расстройство личности, как отдельное явление со своим списком признаков и за ним закрепилась определённая клиническая культура.

Можно сказать, что тут сыграли роль и исследовательские традиции (в США после Фрейда была своя «нарциссическая волна»), и подход к диагностике методически разошёлся — на американскую специфику DSM-5 и более укрупнённую европейскую в МКБ-10. В итоге мы имеем то, что имеем: в разных странах, говоря о «нарциссизме», могут подразумевать чуть разные вещи — чистый диагноз или набор черт

внутри других патологий.

И вся эта классификация нужна нам не для бюрократии, а чтобы точнее понимать людей и помогать справиться именно с теми трудностями, которые у них реально существуют.

Представьте себе: чтобы поставить диагноз «расстройство личности» по МКБ-10, врачу-психиатру необходимо пройти три последовательных шага в диагностике.

Шаг 1

Сначала врач проверяет наличие расстройства личности (F60.0), эти черты не спорадически вспыхивают, как пожар, и тут же исчезают. Тут всё основательно:

1. Стабильность: расстройство ведёт свой «дневник лет» с подросткового возраста, а иногда ещё раньше.
2. Тотальность: Проявляется стабильно, эффективно «размазываясь» по самым разным жизненным ролям и ситуациям.
3. Дезадаптация: особенности личности приводит к постоянным межличностным конфликтам.
4. Дистресс: обязательно есть плата — человек страдает сам и/или замечает, что работа и отношения разрушаются.
5. Исключение органических заболеваний.

Шаг 2

Здесь врач оценивает критерии эмоциональной неустойчивости (F60.30), для постановки диагноза должны присутствовать минимум 3 критерия. Это не про отдельные странности характера, а про стойкие – буквально вписавшиеся в

поведение и внутренний мир человека – модели переживаний и поступков. Они выбиваются из того диапазона, который в конкретной культуре считают обычным. Подчеркну: речь всегда о множестве сфер жизни сразу. Вот где нужно приглядеться:

1. Как человек думает, как он видит себя, других людей и вообще окружающую реальность?

2. Как реагирует эмоционально: насколько «подходят» его эмоции под конкретные ситуации и как резко всё меняется?

3. Получается ли у него контролировать свои импульсы, или его всё время заносит навстречу сиюминутным желаниям?

4. Как строятся отношения с окружающими, уверенно ли человек ориентируется в межличностных перипетиях?

5. Неспособность поддерживать интерес и мотивацию к деятельности на перспективу.

Шаг 3

На этом шаге врач проверяет своё подозрение на ПРЛ (F60.31), Диагноз ставят тому, кто демонстрирует устойчивый разрушительный схематизм. Для постановки ПРЛ должно быть, как минимум 2 признака из 5.

1. Нестабильность образа «Я». Человек теряет ощущение собственной целостности — это, как если бы ваша внутренняя «карта личности» вдруг начала перерисовываться сама по себе каждую неделю. То рисуются новые маршруты (цели, правила игры, даже вкусы), то старые стираются без сле-

да. Сегодня все еще кажется важным и нужным, а завтра — уже чужое и неинтересное. Про отношения с самим собой говорить сложно, поскольку не очень понятно: «Кто я?».

2. Проблемы в отношениях. Теперь представьте качели — только тут шкала: от идеала до полного разочарования. Мысли человека то взмывают вверх: «Он — совершенный спутник!», то обрушиваются вниз: «Хуже врага и придумать нельзя!». Любые близкие связи становятся зоной турбулентности: спокойно тут не бывает.

3. Страх одиночества. Одиночество пугает до мурашек. Причем бояться можно буквально пустяков — скажем, партнер не ответил на сообщение или взглянул не так. Здесь страх покинутости перестает быть просто эмоцией и превращается в двигатель поступков: требуют внимания, цепляются, идут на разные хитрости (или попадают в созависимую ловушку), лишь бы избежать ощущения брошенности.

4. Самоповреждения. За отчаянием часто приходят тяжелые мысли и поступки — человек может регулярно грозить самоубийством, наносить себе порезы или ожоги; появляются синяки или шрамы. Это больше, чем крик о помощи (хотя, и он тоже) — иногда это единственный способ почувствовать хоть, что-то внутри.

5. Хроническая пустота. Невыносимое ощущение — внутри ничего нет. Пустота засасывает: день за днем будто живешь с дырой в груди. Ни еда, ни развлечения, ни люди не заполняют этот вакуум. Скука тут граничит уже с отсут-

ствием самого смысла существования.

В общем, паттерны поведения тут не просто причудливы сами по себе; они становятся, чем-то вроде фильтра для всей жизни человека (как если бы смотреть на мир сквозь драматичное затемнённое стекло). Трудности затрагивают работу, учёбу, семью – малейшее напряжение может выбить из колеи всерьёз и надолго.

Каждый из этих критериев прорастает сквозь индивидуальную ткань биографии, большинство людей даже не сразу осознают масштаб бедствия, они привыкают к своей буре внутри головы, как к погоде за окном.

Когда человек не вписывается в рамки четко прописанных критериев ПРЛ по МКБ-10 — дело почти обыденное. В реальной клинической работе диагноз редко укладывается в аккуратный список галочек: либо симптомы слишком размыты, либо «не хватает» одной двух характерных черт. Но это вовсе не значит, что человеку нечем помочь — психиатрия не бросает пациента на произвол судьбы. Если трудности реальны и мешают жить, а до «чистого» расстройства личности чуть-чуть недотянули — есть несколько вариантов развития событий:

Первый вариант — диагностические «серые зоны». Когда картина вроде бы яркая и проблемная, но классические типичные шаблоны не подходят или проявления как будто смешанные. Вот тут появятся (коды F60.8 и F60.9):

— (F60.8) это такие случаи странностей, которые в учеб-

ник не впишешь. Допустим, у человека необычная эксцентричность или выраженная пассивно-агрессивная манера поведения, но под стандартные «классические» виды не подогнать.

— (F60.9) ставят тогда, когда явно есть нарушения личности, но данных или наблюдений недостаточно для точной классификации.

А если у кого-то несколько черт сразу, при этом явных доминирующих проявлений нет (немного тревоги отсюда, немного импульсивности оттуда), но в целом деструктивные паттерны личности присутствуют. Тогда ставят (F61) — смешанные и другие расстройства личности.

Второй путь — если проявления достаточно заметны (например, излишняя ранимость или постоянная борьба с чувствами), но глобального развала жизни нет: работа движется, отношения хоть как-то держатся. Официального диагноза «расстройство личности» тут ставить нельзя (по закону!), но можно использовать (код Z73.1) — акцентуация личностных черт.

Это как «пограничная зона»: человек переживает бурно и остро реагирует на жизненные сложности (бывает даже больше, чем при полноценном диагнозе!), но его все-таки нельзя назвать тотально дезадаптированным.

Иногда за такими «слегка выраженными», но довольно жесткими проявлениями скрываются совсем другие проблемы. Тут психиатр переключается с разгадывания структуры

личности на актуальные синдромы:

— Реакция на тяжелый стресс (F43) встречается тогда, когда эмоциональные всплески явно связаны с определенной ситуацией: переезд, развод или потеря работы.

— Если на первый план выходит чувство тоски и пустоты без явных резких скачков настроения (дистимия) — выбирают (F34.1).

— И наконец, когда ведущая проблема — хроническое ощущение тревоги и страха быть отвергнутым (каждый новый день сопровождается этим предчувствием катастрофы) — тут диагноз ближе к генерализованному тревожному расстройству (F41.1).

В общем, даже если мозаика симптомов никак не складывается в идеальное описание по МКБ-10 для ПРЛ — у психиатров всегда есть инструменты для помощи. Главное здесь — видеть за кодом живого человека со своими болями.

МКБ-11

В России никто официально не сказал «нет» МКБ-11, но внедрение новой классификации застопорилось по разным причинам. Тем не менее, давайте всё-таки разберёмся, какие принципиальные перемены МКБ-11, предлагает именно по расстройствам личности.

Шаг 1

Диагноз ставить не спешат — все начинается, по сути,

с «нулевого километра»: врач должен убедиться, что перед ним вообще расстройство личности как таковое. Без этой «базы» ПРЛ просто не диагностируют, даже если в кабинете сидит человек весь «в классике жанра»: порезы на руках, эмоциональные взрывы... Врач будет рассматривать другие варианты — например, депрессию, биполярное расстройство или ПТСР.

Что именно ищет психиатр? Тут есть пять категорий (фактически — чек-лист), по которым проходит каждое подозрение на личностное расстройство:

1. Самоощущение и личные границы

Первый вопрос — кто этот человек сам для себя? Если идентичность у него как вода сквозь пальцы: сегодня он один, завтра другой, а стабильного понимания собственного «Я» не выстроено; самооценка болтается как маятник и полностью определяется чужим мнением; а жизненные цели либо не формулируются вовсе, либо постоянно меняются — это звоночек.

2. Сфера отношений

Дальше смотрят: А как у человека с окружающими? Есть устойчивые близкие связи или вокруг одни развалины из ссор и обид? Может ли он поставить себя на место другого (эмпатия), договариваться, видеть границы собеседника?

3. Поведенческий паттерн — не просто черта характера

Проблемы внутри выливаются наружу — причём регулярно: поведение резко выпадает из культурных рамок. Напри-

мер, импульсивность («вижу — делаю»), агрессия без тормозов или наоборот — полная социальная изоляция и уход от жизни. Важно: речь о сценариях, которые идут наперекор тому, что принято конкретно в этом обществе/городе/семье.

4. Везде и всегда (не только «иногда плохо»)

Это разделительная черта между «сложным характером» и реальным расстройством: паттерны тотальны (то есть захватывают всю жизнь) и устойчивы годами. Человек не может вести себя конструктивно ни дома, ни на работе, ни в магазине, ни в компании друзей: одна и та же история повторяется снова и снова...

5. Социальная катастрофа или мучительные страдания

Главный вопрос для диагностики: Всё это реально портит жизнь? То есть либо человеку настолько плохо из-за себя самого; либо его стиль взаимодействия рушит: работу, учёбу, дружбу вплоть до проблем с законом или настоящего саморазрушения.

Новая версия МКБ разрешает ставить диагноз расстройства личности людям моложе 18 лет — но тут принцип жёсткий: нарушения должны проявляться минимум два года подряд без перерыва.

Шаг 2

Оценка степени тяжести — ключевой момент в диагностике ПРЛ по МКБ-11. Здесь серьёзно изменили подход: больше не спрашивают «болен или здоров?», а пытаются понять — насколько сильно жизнь человека разладилась от

расстройства.

Можно представить шкалу: одна её крайность — человек, который страдает внутри, но умудряется держать себя в рамках; другая — ситуация, когда вся жизнь трещит по швам, а попытки справиться напоминают войну против самого себя.

Теперь чуть подробнее о самих степенях:

1. Лёгкая степень

Есть внутренние страдания и неуверенность — скажем, человек мучается вопросом: «А кто я вообще?» или постоянно сомневается в своих решениях. Снаружи же всё выглядит более-менее прилично: работа движется, учёба тоже, коллеги привыкли к некоторым эмоциональным «качелям», но до увольнений обычно не доходит. Даже если отношения с близкими напряжённые и порой конфликтные — всё равно удаётся удержаться на плаву.

2. Средняя степень

Картина меняется довольно резко: самооценка, эмоции и импульсы скачут от слова совсем — и уже в рутинных ситуациях. Личные отношения превращаются в драму постоянных ссор и примирений (а друзей становится либо мало, либо их просто нет). Работа? Тут всё грустно: нередко конфликты с начальством или уход из-за полной потери мотивации. В этот период появляются такие опасные пристрастия, как регулярный селфхарм или уход в алкоголь/наркотики — чтобы хоть на время заглушить боль.

3. Тяжёлая степень

Адаптация рушится вдребезги: человек абсолютно дезорганизован, контроль над вспышками злости или аутоагрессией теряется напрочь. В особо тяжёлые моменты возможны паранойя или ощущение полной оторванности от реальности («как будто всё вокруг не понастоящему»). Отношения чаще всего отсутствуют или становятся опасными для обеих сторон. Все функции — работа, учеба, даже базовые обязанности перед самим собой — летят под откос. Риск — максимальный: постоянные суицидальные попытки и потребность в регулярных госпитализациях.

Зачем врачу вся эта дифференциация?

Вот представьте: раньше (по МКБ-10, хотя пока тоже) два пациента с радикально разной историей получали один и тот же код диагноза (F60.31) вне зависимости от глубины проблемы — что студентка с лёгкой тревожностью из-за ухажёра, что мужчина после ряда серьёзных попыток суицида. Новый мерный подход позволяет точно подобрать терапию: для кого-то достаточно психотерапии раз в неделю после работы; другому нужна поддержка сильных препаратов и помощь целой команды специалистов.

Ещё важный момент — динамика изменений видна чётко: если за год пациент шагнул из тяжёлой степени хотя бы до умеренной (например, стал меньше вредить себе), это огромный успех даже несмотря на оставшиеся черты расстройства.

Шаг 3

МКБ-11 вообще отказалась от идеи «математического подсчёта», а сделали акцент на реальной картине, которая складывается у человека со временем. Чтобы поставить соответствующий диагноз (6D11.5), специалист должен убедиться: большинство из описанных критериев у пациента проявляются постоянно, да еще в разных сферах жизни. Если это действительно пограничный паттерн по МКБ-11, картинка будет сложная и выпуклая, никакой однобокости — сразу бросается в глаза, что речь не просто о одном или двух симптомах, или временных трудностях.

Клинические проявления внутри пограничного паттерна выглядят так:

1. Эмоции — как водоворот, мощный прилив злости или грусти, который накрывает на часы или сутки; частая смена настроения.
2. Жгучее чувство внутренней пустоты, оно не уходит ни днём, ни ночью.
3. Гнев так бурлит, что окружающие теряются: «Почему из-за мелочи такая агрессия?».
4. Импульсивность опасного уровня: то рискованный секс, то опасная езда или что похлеще.
5. Рука сама тянется к самоповреждению.
6. Страх быть брошенным настолько силён, что человек может пойти на любые поступки, лишь бы избежать даже воображаемого одиночества.
7. В отношениях всё либо великолепно, либо ужасающе

плохо – баланс невозможен, партнёр легко превращается из идеала в источник всех бед.

8. «Я» тает на глазах, самооценка скачет от «Я центр Вселенной» до «Я вообще бесполезен».

9. В моменты сильного волнения возможны короткие эпизоды почти полной потери контакта с реальностью: галлюцинации или параноидальные мысли.

Для удобства и простоты понимания эти пункты можно разложить на четыре большие группы:

Первая – это скачки настроения. Знаете, когда внутри как на сумасшедших аттракционах: то эйфория, то вдруг всё валится из рук, и наступает отчаяние. Не просто временная грусть или радость, а будто кто-то постоянно крутит ручку громкости эмоций туда-сюда из одного крайнего положения в другое (1, 2, 3).

Вторая – импульсивность и поведение на грани. Когда сложно нажать на тормоз: рискованные поступки без оглядки (будь то неосторожные траты, опасные знакомства или неожиданные ссоры). Иногда человек сам не понимает, почему втянулся в очередную передрагу (4,5).

Третья группа – сложности в отношениях с окружающими людьми. Здесь вся соль в постоянном ощущении дистанции даже с близкими: недопонимание, вечные качели между «обними меня» и «оставь меня в покое». Отношения становятся похожи на хрупкий фарфор, который вот-вот треснет (6,7).

Четвертая группа – это некая путаница в восприятии себя и реальности вообще. Например, появляется стойкое ощущение своей «неправильности», подозрительность или искривлённое восприятие событий: «Все настроены против меня». Мышление будто слегка вывернуто наизнанку (8, 9).

Современная диагностика позволяет лечить живого человека целиком со всеми его особенностями. Только так возможно строить настоящее выздоровление шаг за шагом — даже если путь этот непростой и долгий.

Предлагаю рассмотреть эти пункты более пристально в главе 3, так как на мой взгляд они точно и объёмно показывают трудности людей с ПРЛ.

Акцентуации личностных черт

Акцентуация – это такие заметные, чётко проступающие черты человека: допустим, кто-то склонен к педантизму, аккуратен до мельчайших деталей (иногда даже раздражающе дотошен), но при этом в социуме вполне успешен и ладит с окружающими. То есть такие черты немного жёсткие и негибкие, но они не мешают жить ни самому человеку, ни его ближайшему кругу. Это как сильная нота в общем аккорде личности: слышно хорошо, но гармония не рушится.

Чем акцентуация характера отличается от расстройства личности?

Разница тут принципиальная, и вот почему это так важно

не путать:

1. Никакой тотальности

Акцентуированные черты включаются не на полную мощность всегда и везде, а как будто придерживаются расписания: проявляются лишь в отдельных ситуациях. Представьте человека в дружеской атмосфере, он, душа компании, а вот на совещании тих как мышка (или наоборот).

2. Поведенческая гибкость

С годами углы сглаживаются, характер обтачивается опытом. Где-то старый сценический страх превращается в милую привычку нервничать перед презентациями, но не мешает выступать.

3. Сохранение адаптации

Обычно человек прекрасно встроен в общество и справляется с повседневными делами до тех пор, пока жизнь не даёт стресс именно по слабому месту (как если бы скрупулёзного и тревожного менеджера вдруг сделали ответственным за множества функций, которые ему не совсем удаются).

В МКБ-10 для таких случаев заведен отдельный класс с кодом (Z73.1) — акцентуация личностных черт. То есть у пациента поведение нестандартное, возможно местами даже раздражающее себя или других (например, слишком уж прямолинейно говорит начальству всё в глаза), но при этом человек психически здоров и никаких табу по жизни ему этот диагноз не ставит. Ни для ГИБДД, ни на военкомат, ни

для работы госслужащим здесь ограничений нет: юридически перед системой он чист.

И вот как врачи используют этот инструмент:

1. Когда нужно проявить гибкость в диагностике

Иногда к врачу-психиатру приходит пациент с «яркими красками»: резкие перепады настроения, вспышки раздражения. На первый взгляд тянет на расстройство личности, но, если приглядеться: человек держится на работе, заводит отношения (пусть бурные), самоконтроль в целом присутствует. Значит, до диагноза дело не дошло. Тогда доктор описывает особенности характера («по пограничному типу», условно) и фиксирует это через (Z73.1) — чтоб не делать из мухи слона перед лицом закона.

2. Чтобы объяснить острые реакции на стресс

У всех свои слабые точки: один не переживёт измену партнёра без депрессии на месяц, другому увольнение сломаёт привычный уклад жизни навсегда. Акцентуация тут становится уязвимостью — таким людям труднее переносить удары судьбы. Если во время терапии врач видит это, он пишет основной диагноз (например, (F32) — депрессивный эпизод, (F43) — реакция на стресс), а (Z73.1) добавляет как подсказку коллегам: мол, причина такой реакции кроется глубже в характере.

3. Чтобы защитить человека от ненужного стигматизирующего ярлыка.

Это часто бывает с подростками и молодёжью. У них пе-

риодически случаются эмоциональные взрывы от домашних недопониманий или давления в школе/универе — но зачем им всю жизнь таскать за собой шлейф из тяжелого диагноза? Использование (Z73.1) позволяет врачу честно признать проблему (даже если она мешает общаться или учиться), но оставить все двери открытыми: водительское удостоверение, армия, госслужба — пожалуйста.

Акцентуация — своеобразный маркер нестандартности характера без всяких «волчьих билетов». Это даёт шанс разобраться в себе или получить помощь без риска оказаться за бортом нормальной жизни только потому что ты чуть-чуть... с особенностями.

Классификация акцентуаций Карла Леонгарда

Во взрослой психиатрии используют классификацию Карла Леонгарда (немецкий психиатр), она служит для врачей чем-то вроде карты с отмеченными морально-эмоциональными «неровностями рельефа» — особенно когда речь о загадочном шифре (Z73.1), встречающемся в медицинских картах взрослых. Леонард подходил к этому вопросу как садовник: попытался рассортировать «оттенки» характеров не просто по внешним проявлениям, а по корням, — где рождается перекося: в самой сути характера, темпераменте или даже в том, как мы выражаем свои эмоции.

И вот как он это видит:

1. Акцентуации характера — то есть особенности, определяющие наше отношение к людям и окружающему миру:

Демонстративный тип

Такие люди словно созданы для сцены: жаждут внимания, находят удовольствие во всеобщем восхищении, охотно «приукрашают» свои истории. В случае жизненных неурядиц легко бегут от неприятного в фантазии — иногда до такой степени, что реальность и вымысел у них сами сплетаются в узор.

Педантичный тип

Про них говорят — дотошные перфекционисты: у таких людей шкаф с одеждой всегда выстроен строго по цвету, отчёты тщательно перепроверяются перед сдачей (по многу раз), а идея ошибиться по мелочи способна не отпускать неделями. Работать с ними можно без опаски — они надёжны за двоих, но переживаний у самих внутри целый рой.

Застревающий (паранойяльный) тип

Если вас однажды случайно обидели в разговоре — вы молча обижаетесь годами? Это про таких! Обиды затаиваются и хранятся долго; чувство справедливости развито болезненно сильно (может доходить до формулировки жизненной миссии, что-то доказать всем вокруг). Подозрительность — их верный спутник.

Возбудимый тип

Здесь «рулит» импульс: только что всё было тихо-мирно, а вот уже вспышка ярости, хлопок дверью... Потом самому же

может быть стыдно. Логика отступает перед натиском эмоций. Долгое планирование? Нет уж.

2. Акцентуации темперамента — тут речь уже о скорости и интенсивности реакций на жизнь:

Гипертимный тип

Представьте себе вечного любителя праздников: энергии хоть отбавляй, бодрое настроение идёт фоном даже ранним утром понедельника. Общителен и обаятелен... но часто ввязывается в сомнительные авантюры просто из жажды новизны и драйва.

Дистимный тип

Прямая противоположность гипертиму: замкнутый интроверт с «вечно облачным» прогнозом настроения. Он любит размеренность, избегает резких перемен — зато умеет держать стабильность там, где другим давно бы стало скучно.

Циклотимный (лабильный) тип

О них говорят: «То смеётся, то плачет». Настроение скачет по синусоиде без всяких видимых причин... Хотя иногда вполне достаточно дождливого утра или похвалы коллеги — и уже новое эмоциональное состояние включено.

Экзальтированный тип

Всё воспринимают будто через увеличительное стекло: любая радость доводит до экстаза: «Посмотри какое небо!», малейшая неприятность становится трагедией дня. У таких людей часто находятся таланты к творчеству именно потому, что мир ощущается особенно ярко.

Тревожный тип

Перед принятием решения эти люди вспоминают худшие сценарии развития событий: «А вдруг меня неправильно поймут?!». Трудолюбивы и ответственные, но под давлением критики быстро теряются.

Эмотивный тип

Сердце у них буквально «нараспашку». Любое чужое горе принимается близко: «Как ты себя чувствуешь?» — спросят искренне сто раз; конфликты обходят стороной, потому что не могут ранить других.

Классификация акцентуаций А. Е. Личко

Классификация Андрея Евгеньевича Личко появилась позже — примерно с разницей в десятилетие после работы Карла Леонгарда. Если Леонгард, представил свою первую систематику акцентуаций личности в 1968 году и ориентировался в первую очередь на взрослых, то Личко подошел к вопросу иначе. В 1977 году он выпустил монографию, которую до сих пор цитируют практически все, кто работает с подростками: «Психопатии и акцентуации характера у подростков».

Личко не просто перевел труды Леонгарда или аккуратно переработал готовую структуру — он выстроил на этой базе отдельную систему, отчетливо заточенную под возрастные особенности подростков. Почему так? Потому что в пу-

бертате (тот самый период бурного взросления с 12 до 18 лет). Личность буквально заново собирается: подросток примеряет взгляды, ломает старые шаблоны, спорит чуть ли не по каждому поводу — сначала с родителями, потом и сам с собой. Вообще, протест как будто встроен в человека в этом возрасте. И вот парадокс: он необходим, чтобы из кучи внешних ожиданий построить что-то свое, личное.

Большинство ребят с взрослением приобретают новые навыки справляться с эмоциями, учатся взрослым способом решать конфликты — другими словами, их личность становится более устойчивой.

Также Личко не был согласен, с довольно широким термином Леонгарда — акцентуация личности. Он предложил разделять эти понятия и говорить именно о характере — мол, личность слишком объёмна, к ней относится всё понемногу, а вот характер складывается из конкретных поведенческих особенностей и черт.

Что ещё интересно: Из типологии Леонгарда определённые типы просто исчезли за ненадобностью — они были характерны взрослым или встречались слишком редко у школьников. Личко же добавил своё: ввёл новые паттерны поведения, характерные именно для ребят пубертатного возраста (например, тот самый неустойчивый тип — склонность к бродяжничеству и хронической лени; или конформный тип — когда человек безоговорочно подчиняется ближайшей среде и мнению группы). Так в итоге получилась систе-

ма, которая оказалась удивительно практичной именно для детских психологов и педагогов.

Тихое и громкое ПРЛ

Также предлагаю рассмотреть — неофициальную эмпирическую классификацию ПРЛ которая возникла прямо внутри психотерапевтического сообщества. Почему она важна? Всё просто: когда понимаешь, к какой категории относится человек, становится гораздо понятнее, как с ним работать. Например, один клиент может прекрасно реагировать на прямые вопросы и домашние задания, а другой — скорее закроется и начнёт избегать сессий вовсе. В зависимости от типа подбирается разная тактика — какие-то подходы мягче, где-то нужна больше структура, где-то больше свободы... В общем, это неформальное знание позволяет быть гибче и эффективнее в работе.

Речь идёт о подходе, который опирается на реальные данные — те самые цифры, которые получены из наблюдений и анализа поведения настоящих пациентов. Здесь учёные не просто строят догадки на основе книжных определений или сложных теорий. Вместо этого они собирают огромные массивы информации: кто и как проявляет симптомы, что с чем чаще всего идёт в паре, какие паттерны повторяются из раза в раз.

Типичный инструмент — факторный анализ. Представь-

те: это похоже на попытку разобрать сложную музыкальную пьесу на отдельные ноты и мелодии. Каждого пациента «раскладывают» на отдельные проявления (симптомы), а потом смотрят, какие из них «звучат» вместе чаще остальных. Так появляются группы симптомов – не придуманные заранее, а вытасканные из самой жизни. Может получиться, например, что у части людей агрессия и импульсивность цепляются друг за друга постоянно, а у другой – эмоциональная нестабильность и страх одиночества всюду доминируют.

Итог? Такая классификация помогает уйти от абстрактных гипотез к вполне конкретному пониманию, с какими именно сочетаниями признаков чаще приходят клиенты, на что обращать внимание в работе здесь и сейчас. Это живой язык клиники, который гораздо ближе к реальным судьбам людей, чем любые теории «в вакууме».

Если разбирать, как появилось деление ПРЛ на тихое и громкое, то тут история тянется не одно десятилетие, и она складывалась из двух заметных этапов. Первую попытку различать эти два типа предприняли в 1991 году психотерапевты В. Шервуд и К. Коэн, всё началось с их наблюдений в реальных консультациях.

С тихим ПРЛ ситуация на самом деле довольно коварная. Такие люди часто идеально маскируются под «самых обычных» окружающих или даже тех самых успешных коллег, на которых косо смотрят («ага, молодец, всё получается»). Вот только внутри у них совершенно другой сюжет: если что-то

тронуло за живое или ранило, они не устроят сцену посреди офиса или кафе. Скорее, тихо уйдут домой, закроются в своей комнате... И вот там уже наступит настоящий ад: слёзы или самоповреждение, а иногда и просто глухая боль с тотальным чувством вины и стыда. Обнаружить это для врача – крайне трудная задача: внешне такой человек может показаться даже чересчур расслабленным или, напротив, очень собранным.

Есть противоположный полюс – громкий вариант. Эта форма ПРЛ выглядит ровно так, как её чаще всего представляют себе по описаниям в литературе: шквал эмоций без тормозов. Любой конфликт становится похож на театральное представление: громкое выяснение отношений на публике, разбитая посуда, разрывы тут же оборачиваются экзальтированными примирениями на глазах у всех знакомых. Здесь другим людям сложно остаться в стороне – их буквально затягивает вихрь драмы: эмоциональные всплески требуют реакции близких, поддержки, слов о любви прямо сейчас.

Классификация ПРЛ Теодора Миллона

А если говорить про то, когда это деление обрело официальную научную прописку (а не только обсуждалось среди практиков), то рубеж наступил уже в 1999 году: именно тогда Теодор Миллон создал классификацию таких форм ПРЛ, которая теперь считается одним из эталонов понимания этой

сложной истории.

Смотрите, что у него получилось:

1. Унылый, он же дискуражированный

Иногда этих людей называют «невидимками», потому что они мастерски избегают конфликтов и делают всё, чтобы никто не заметил волну кипящих у них внутри переживаний. Со стороны: послушные, тихие, все решения принимают на всякий случай с оглядкой на чужое мнение (лучше не высываться). Но внутри их гложет почти физический страх быть брошенным и невыносимое ощущение собственной неполноценности. Все эмоции: злость, обида, боль – уходят внутрь и работают против самого человека. Поэтому такие люди часто впадают в депрессию или растворяются в хронической руминации: «Что я опять сделал не так?», а если речь доходит до селфхарма, никто вокруг может даже не догадываться об этом.

После общения с таким клиентом специалисту видно, что дело тут не в злости или упрямстве, а в том, что человек буквально укутался в собственную изоляцию и ни до кого не может дотянуться. Здесь задача скорее не «обуздать», а помочь выбраться из этой глубокой внутренней ямы, где уже давно поселилось отчуждение от всего мира. Это как если бы вы увидели человека за стеклянной стеной — хочется не рассуждать о его поведении, а найти способ тихонько постучать и дать понять: «Я рядом, ты не один».

2. Импульсивный

Это как обратная сторона той же монеты. Здесь страха перед внутренней бурей нет, наоборот, всё выплескивается наружу без фильтра. Эти люди зачастую харизматичны, энергичны и практически буквально готовы забрать у жизни всё здесь и сейчас. Скука для них страшнее любой трагедии, и отсюда вырастают спонтанные поступки: лихачество на машине после ссоры, внезапная вечеринка вместо скучного вечера дома, покупки без счёта или захождение в любовные приключения просто ради острых впечатлений (про последствия подумаем потом).

Врачу нужно быть особенно настороже: как только человек входит в кабинет, иногда буквально с первого взгляда ощущается тот самый риск — склонность «уходить в зависимости», будь то алкоголь, наркотики или азартные игры. Часто такие пациенты живут на грани «здесь и сейчас», не особо задумываясь о последствиях собственных поступков. И вот это «народное гуляние на адреналине» для психики может закончиться вполне предсказуемо: аддикцией. Врач видит эту хрупкость сразу, по каким-то невербальным мелочам — и уже заранее понимает, что здесь нужна повышенная настороженность и особый подход.

3. Раздражительный или обидчивый

Вот тут сложно устоять кому бы то ни было рядом. Жизнь этих людей часто напоминает эмоциональные американские горки: минуту назад требовали от близких любви без границ — через несколько мгновений уже захлопывают перед ними

дверь и ещё обижаются: «Никто меня по-настоящему не понимает». Им трудно испытать настоящее удовлетворение, а мир кажется либо чересчур несправедливым, либо настроенным несправедливо по отношению к ним лично. Во внешнем поведении появляется сарказм или пассивная агрессия; могут часами игнорировать близких или манипулировать чувством вины: «Ты снова обо мне забыл!».

Представьте человека, который может взорваться от самой безобидной фразы, а потом демонстративно замолчать и вынести приговор: «Вот теперь точно больше ничего не скажу». Тут врач как на минном поле: шаг влево — упрёк, шаг вправо — замкнутость или саркастический выпад. Эти люди балансируют между открытой ранимостью и скрытым сопротивлением, поэтому контакт с ними требует почти ювелирной точности — сказанное невпопад слово или мимолётная интонация способны надолго подпортить отношения и закрыть дверь к дальнейшему доверию.

4. Саморазрушительный

Это история про внутреннего критика и тайного врага внутри себя. Здесь невидимый механизм саботажа заводится сам собой каждый раз, когда жизнь вдруг начинает налаживаться. Всё лучшее: отношения, работа, успех — кажется незаслуженным или опасным: «За это точно придётся расплатиться», поэтому человек начинает рушить всё заранее: откажется от поддержки друзей или лечения врачей: «Я этого не достоин», нырнёт с головой в токсичные отношения ли-

бо найдёт экстремальное хобби там, где баланс между жизнью и смертью словно обещает облегчение. Для окружающих выглядит пугающе нелогично; сам человек порой едва осознаёт это.

Когда врач сталкивается с пациентом, у которого есть высокий риск скрытого суицида, внимание к безопасности становится первоочередным — иначе никак. При этом человек старается казаться стабильным, а внутри идёт тихая борьба. Врач смотрит не только на слова, но и на микродетали: внезапно спокойный голос после череды тревожных дней, слишком лаконичные ответы про будущее.

Миллон был первым, кто показал: эти типы смешиваются друг с другом в реальной жизни куда чаще, чем встречаются «в чистом виде». Нередко человек носит сразу несколько «масок» или переключается между ними по велению обстоятельств или стресса. Во многом именно эта вариативность делает пограничную структуру такой загадочной (и трудной для понимания окружающими).

Глава 2. Стоит ли бояться диагноза ПРЛ?

Частные клиники

Если вам поставили диагноз ПРЛ (F60.31) в частной клинике — выдыхайте спокойно: для социальной жизни, получения прав, выбора работы или каких-то иных бытовых моментов ничего для вас не изменится. Сам по себе факт такого диагноза в бумагах коммерческого врача никуда «не уйдет» за пределы стен этой клиники — и никаких юридических последствий за ним не следует. Тут важно понимать одну вещь: у нас в России только диагноз, официально зафиксированный в государственном психоневрологическом диспансере (ПНД), может создавать вам реальные ограничения и «вешать» на вас ярлык на уровне госреестров. Частная медицина живет по другой логике.

Во-первых, про врачебную тайну в частных клиниках можно говорить без натяжек: всё, что вы им рассказываете и делаете у них — хранится внутри их собственной системы, хоть на бумаге, хоть в компьютере. Никакие данные о вашем здоровье они не обязаны передавать «наверх»: ни в государственные базы, ни в местный ПНД ваш диагноз с «частной

бумажки» не попадает. Российский закон о психиатрической помощи обязывает их держать рот на замке гораздо строже, чем многие думают.

Можно ли при ПРЛ получить права и лицензию на оружие?

Представьте ситуацию из реальной жизни: идёте получать права или оформлять лицензию на оружие. Там обязательно нужно зайти к психиатру — но это будет специалист из вашего государственного ПНД по месту прописки. Когда он открывает свою базу данных, видит «чистого» человека — у них вы никогда ранее на учёте не были и никакой информации о ваших частных походах в клинику нет и быть не может.

После этого, если нужна лицензия на оружие — отправляют к медицинскому психологу (да, без этого сейчас никуда): там стандартный блок тестов — логика, внимание, тип мышления, немного про тревожность и личностные особенности. По сути — серия опросников и задачек, чтобы понять структуру вашей личности и психоэмоциональный фон. Для водителей эта история включается только «по запросу» (например, если психиатр вдруг при личной встрече, что-то заподозрит или вы собираетесь водить общественный транспорт).

Дальше — сама процедура принятия решения и выдачи заключения. Для оружия это всегда комиссия из трёх пси-

хиатров; все данные от психолога внимательно изучаются; и финальная справка в электронном виде уходит в Росгвардию. Для водительских прав всё происходит куда проще. Как правило, достаточно одного визита к психиатру в диспансер: врач задал вопросы, оценил состояние и... готово! Только если есть какие-то сомнения: записанная на теле история шрамами или подозрение на болезнь – вот тогда поднимут весь консилиум.

Ну и последняя грань — требования со стороны наркологии. По стандарту для получения лицензии на оружие вы обязательно сдаёте мочу на наркотики, а ещё кровь — на особый биомаркер хронического злоупотребления алкоголем. С водительскими правами этот уровень проверки стартует только если у врача нарколога появляется повод проверить вас глубже.

Что говорит закон?

По МКБ-10 пункт (F60) автоматически исключает возможность получения оружия. Врач ПНД, зная о таком диагнозе, официально обязан вынести отказ вне зависимости от вашего состояния здесь и сейчас.

Отдельная тема: если даже вам поставлен диагноз, где-нибудь в частной клинике и по государственным базам ПНД вы аккуратно числитесь здоровым человеком. Но с оружейной комиссией скрыть нюансы гораздо труднее: там психодиагностика раскручивает паттерны поведения буквально «до костей». Все эти черты: поведенческие всплески или реак-

ции на стрессовые вопросы из тестов — могут быть замечены.

Поэтому главный жизненный лайфхак: не рассказывать лишнего при прохождении комиссии и помнить про любые внешние признаки или особенности поведения, которые могли бы навести врача на подозрение — ведь иногда играет роль даже не сам диагноз, а то впечатление, которое вы производите на врача.

А работать можно?

То же самое касается работы. Устраиваетесь ли вы в банк, школу или даже планируете карьеру на госслужбе — где вас «не пробьют» по части коммерческих диагнозов. Даже ежегодный медосмотр в крупных компаниях сведётся к обычной формальности: если у вас нет учета именно в ПНД — значит, вы автоматически считается здоровым человеком.

Есть только одно реальное исключение из всех этих правил (и оно встречается крайне редко): если речь идёт о службе в ФСБ или МВД. Здесь проверки идут глубже, вплоть до детектора лжи и отбора бумаг из каждой клиники, где вы хоть когда-то появлялись вплоть до банального анализа крови по страховке. Но если ваша заповедная мечта — работа с грифом «совершенно секретно», вот тогда частная история может всплыть.

И последний нюанс: да, врачебная тайна — понятие крепкое, но есть три ситуации, когда её нарушить обязаны по закону:

- 1) при официальном запросе суда или силовиков (например, если заведено уголовное дело);
- 2) если захочет узнать прокуратура;
- 3) если человек совершил тяжёлую суицидальную попытку и оказался уже в реанимации государственной больницы — тогда между учреждениями пойдёт обмен данными.

В повседневной жизни это никак вас не ограничит. Большинство людей даже с самыми разными диагнозами всю жизнь спокойно учатся, водят машину и строят карьеру — опять же, стандартная психиатрия из частной клиники остаётся строго вашей личной историей.

ПНД

Когда в государственных психдиспансерах ставят диагноз ПРЛ — это всегда история не про один формальный визит. Тут всё по-настоящему: строгие протоколы, живые люди и последствия, с которыми придётся жить дальше.

Как «выносят» диагноз ПРЛ в госдиспансере:

1. Первая встреча

Вы приходите либо сами, либо вас приводит «жизнь за шкуру» — например, после тяжёлого эпизода или если дело дошло до скорой помощи. Психиатр начинает классическую

разговорную разведку: выясняет всё — от детских фобий до свежих ссор с родителями или партнёрами, интересуется суицидальными мыслями, вашей способностью держать себя в руках, случаются ли у вас «провалы» или резкие перепады настроения.

2. Патопсихологическое исследование

Психиатр направляет вас к штатному клиническому психологу — тут без вариантов. Вас попросят пройти тесты на логику, память, а ещё на уровень тревоги, импульсивность и прочие тонкости. Результаты психолога для психиатра — жёсткий аргумент: реальная картина вашей внутренней жизни.

3. Время наблюдения

На первом же приёме мало кто сразу получит в карту ПРЛ с кодом (F60.31). Обычно для начала ставят что-то менее «страшное» (например, (F43) — расстройства адаптации). Если через пару-тройку месяцев врач видит стабильный «буйно цветущий букет»: эмоции штормят, отношения трещат по швам, саморазрушение никуда не делось — диагноз меняют на ПРЛ.

4. Учёт и ваше досье

Про заведение карты вы наверняка слышали страшилки — здесь всё чуть проще. В большинстве случаев речь про консультативно-лечебную помощь: то есть никто не заставляет вас регулярно появляться у врача, если ситуация стабильная. Но при тяжёлых срывах (например, регулярные по-

пытки повредить себя или частые госпитализации) врачебная комиссия может назначить диспансерное наблюдение — тогда раз в месяц вы обязаны приходить на приём.

Жизнь с официальным диагнозом: где проходят красные линии

Теперь о главном: сам факт стоящей в карте «печати» (F60.31) по МКБ-10 не делает из человека юридического изгоя. Но открывает массу нелепых бюрократических ловушек и просто закрывает двери сразу в несколько профессий.

Профессии, куда дорога перекрыта напрочь

— Всё силовое и околоармейское (МВД, МЧС, ФСБ, прокуратура и так далее) становится недоступным.

— Вооружённые силы? Противопоказано: военкомат выдаёт категорию максимум «ограниченно годен». В мирное время в армию не берут.

— Водители трамваев и автобусов? Машинисты? Таксисты? Нет.

— Работы с повышенной опасностью — высота, промышленная энергетика (АЭС) или химия — закрыты.

— Частная охрана с лицензией на оружие и инкассация также остаются за пределами вашего профиля.

— Педагогика и медицина — тут нюансы: если ремиссия устойчивая — пускают; если дебют болезни свежий или причинили себе тяжёлый вред недавно — могут отказать при

плановом медосмотре.

Ограничения вне работы

— Вождение авто: Если расстройство идёт тяжело или с частыми обострениями/суицидальными действиями — справку на водительские права получить невозможно (это фиксирует врачебная комиссия). При стойкой компенсации водить разрешают.

— Оружие: Абсолютное табу по закону.

— Опекунство/усыновление: Органы опеки учитывают даже скромную запись о ПРЛ как гарантированный отказ.

Что остаётся доступным обычному человеку?

И вот тут хороший момент! Обычная коммерческая жизнь почти никак не страдает:

— Получите высшее образование почти где захотите (кроме вузов с военными кафедрами).

— IT/маркетинг/аналитика/офис/дизайн/и так далее — всё это реальные варианты для работы.

— Работодатель вашу карту психиатра никогда не увидит (врачебная тайна).

— Ипотека? Кредиты? Собственный бизнес? Никто из банков туда даже не смотрит.

— Загранпаспорт оформляется штатно и на визу записи из ПНД тоже не влияют.

Нужно ли вообще официально снимать диагноз?

Ответ на этот вопрос зависит от того, где именно этот диагноз у вас появился. Сначала разберёмся с частными клиниками и врачами: если диагноз поставлен там — можно выдохнуть. Вся ваша информация остаётся внутри кабинета и электронных таблиц этого доктора, не попадает в государственные реестры и никак не мешает ни получить водительские права, ни пойти работать туда, где требуются справки о психическом здоровье, ни оформить разрешение на оружие. Даже если врач «стирает» вам код диагноза — это чистая формальность, нужная разве что для внутренней отчётности.

А вот с государственными ПНД всё совсем иначе. Если ваш диагноз оказался зафиксирован именно там — тогда уже стоит подумать: «А собираюсь ли я водить машину? Работать на госслужбе? Захочу ли когда-нибудь получить лицензию на оружие?» Проблема в том, что такие диагнозы серьёзно влияют на вашу «официальную биографию». Существуют жёсткие ограничения — к примеру, при наличии такого диагноза могут автоматически отказать в выдаче прав или лицензий. Так что вопрос о снятии диагноза здесь выходит

из разряда «абстрактных» в очень практическую плоскость.

Глава 3. Уязвимые сферы улюдей с ПРЛ

В этой главе подробно остановимся на 4 сферах и 9 пунктах, которых слегка коснулись в главе 1.

I. Аффективная сфера

1. Эмоциональная лабильность

При ПРЛ эмоциональная лабильность представляет собой ключевой симптом. Она проявляется в виде резких, интенсивных и трудноконтролируемых смен настроения. Перепады настроения изначально возникают из-за биологических нарушений в работе мозга и объясняются сбоем в обработке эмоций, тремя главными механизмами:

Во-первых, тут замешана амигдала – это не что-то абстрактное, а самый что ни на есть конкретный кусочек мозга, который прямо-таки специализируется на тревоге и резких эмоциях. У кого-то она слишком взведена: едва возникает намёк на опасность или что-то неприятное, как внутри уже буквально включается сирена. Например, кто-то бросил замечание не по делу – и вот уже всё тело охвачено злостью

или страхом. Срабатывает почти автоматически, даже опомниться не успеваешь.

А теперь добавьте сюда тот факт, что у таких людей префронтальная кора (это зона «рационального начальника» в мозге) работает не так активно, как могла бы. Вместо того, чтобы быстро притушить эмоции («стоп, не бей первым, дыши глубже»), этот участок с трудом устанавливает связь с амигдалой. В буквальном смысле, условный тормоз не срабатывает и очень медленно затухает. Это не вопрос характера или слабой воли – просто мозгу трудно скоординироваться.

Ну и финальный штрих – нейромедиаторы: серотонин для баланса, дофамин для удовольствия и мотивации, норадреналин для бодрости. Когда их в организме совсем не тот набор (а такое часто бывает), эмоциональный фон становится шатким. Достаточно малейшего толчка – и все эмоции летят вверх-вниз без всякого предупреждения.

Всё вместе это превращается в неконтролируемый внутренний шторм: вроде внешне ничего особенного не случилось, а реакция – как будто сигнал тревоги по всему телу включили разом.

Как это выглядит в жизни. Настроение может взлететь до небес или рухнуть в пропасть за считанные минуты. И вот вы только что улыбались, а спустя полчаса ощущаете себя так, будто мир рухнул. Тут нет долгих переходных состояний, всё происходит быстро, буквально в режиме ускоренной перемотки.

Интересный момент: почти всегда причина эмоционального всплеска вполне конкретна. Иногда достаточно одного неудачного слова от коллеги или странного взгляда прохожего – и эмоциональный ураган гарантирован. Для человека со стороны ситуация вообще может показаться пустяковой, но человеку с ПРЛ кажется, что этот маленький триггер попал точно в самое уязвимое место.

Реальность такова: если вы живёте с этим диагнозом (или близки с кем-то, кто так живёт), то мелочи, на которые большинство даже не обратят внимания, становятся для вас огромным поводом для сильнейших переживаний. Представьте чувствительность настройки громкости в аудиосистеме: у кого-то она плавная и мягкая, а у кого-то дёргается при каждом малейшем касании.

Особенно тяжело бывает потому, что эмоции достигают своего пика практически мгновенно и захватывают весь внутренний мир, словно волна резко захлестнула берег. А вернуть себе спокойствие после этого удаётся далеко не сразу: даже когда все вокруг уже давно успокоились и забыли про инцидент, внутри у человека ещё долго продолжается борьба за равновесие.

Вот почему многие описывают это состояние словами «гореть изнутри» или «быть без кожи». Это не просто капризы или плохое настроение, тут совсем другой уровень интенсивности чувств и скорости их появления.

2. Чувство пустоты

Вот как на самом деле значит эта самая «пустота» – это не какая-то поэтическая метафора, а реально ощутимая, почти физическая боль внутри. Неописуемое давление, где-то в груди или желудке, которое тянется днями и даже годами... Если вам знакомо это ощущение, то вы знаете: стоит остаться наедине с собой, как оно тут как тут. Возникает этот жгучий внутренний зуд, который хочется чем-то заглушить: хоть музыкой погроме, хоть сериалами, хоть работой до полуночи – это в лучшем случае.

И обычно люди интуитивно начинают заполнять эту внутреннюю дыру зависимостями: кто-то уходит в компьютерные игры, кто-то не замечает как выпивает вторую бутылку пива за ужином, а для кого-то спасением становятся бесконечные соцсети или попытки раствориться в отношениях.

По факту всё это работает как пластырь на гангрену – иллюзия облегчения превращается в ещё большие проблемы: теряется энергия, отношения становятся более хрупкими, появляется тревога от того, что человек вообще перестаёт понимать себя.

Самое коварное, когда человек начинает действовать импульсивно: совершать какие-то неожиданные поступки просто потому, что так легче не чувствовать тяжёлые эмоции (проще купить что-то ненужное или завязать очередной ро-

манчик). В этот момент сознание почти отключается: связи с реальностью меньше, критическое мышление исчезает.

Если поискать причины этой эмоциональной боли, очень часто корни уходят в детство. Там были моменты отвержения – злые слова родителей: «Не ной, что за слёзы!» или постоянные унижения вроде: «Ничего нормального из тебя не выйдет». Иногда причина этому — реальные травматические ситуации, насилие любого рода оставляет шрамы на всю жизнь.

В итоге человек вырастает с тяжёлым комплектом внутренних убеждений:

«Я недостойн любви» – кажется, буквально прописано где-то внутри.

«Всем выгодно меня унижать» – стоит кому-то улыбнуться криво, как ждём подвоха.

«Справляться с трудностями один я не могу» – тревожно даже думать о самостоятельности.

«Я никому не нужен» – одиночество становится почти привычным компаньоном.

«Я слишком импульсивный, не умею управлять собой» – и руки опускаются при малейшем стрессе.

Честно говоря, эти состояния – настоящие спутники жизни многих людей. И выхода из них через «быстрые костыли» (еду, алкоголь, лайки под постами) нет. Приходится учиться замечать свои эмоции и бережно разбираться с ними шаг за шагом. Примерно так происходит взросление внутри

себя.

3. Неуместный гнев

Если вы хоть раз сталкивались с человеком, живущим с пограничным расстройством личности, то знаете – это не про капризный характер и даже не про слишком эмоционального друга. Сильные, взрывные вспышки гнева или, как их называют, пограничная ярость – совершенно реальный критерий для диагностики ПРЛ. Здесь речь идёт о вещах, корнящихся в самой биологии мозга, а не о слабой воле или избалованности.

Давайте представим: если у обычного человека эмоции похожи на костёр, в который можно иногда подкинуть дров или слегка прикрыть заслонкой, то при ПРЛ эти эмоции – как бензин рядом с искрой. Реакция молниеносная; накал чувств буквально зашкаливает, и отрегулировать его на уровне головы становится почти невозможно.

Самое сложное тут то, что гнев появляется далеко не на пустом месте. Обычно он маскирует что-то глубоко болезненное. Например, сильнейший страх быть покинутым. Казалось бы, кто из нас не переживал из-за того, что любимый человек задержался или оставил сообщение без ответа? Но если внутри уже живёт убежденность: «Я никому не нужен», такой пустяк способен породить настоящую бурю. Паника от предвкушения одиночества мгновенно превращает-

ся в агрессию, ведь так человеку хоть чуть-чуть удаётся защититься от разъедающей его боли.

Ещё сюда добавляется глубокая уязвимость перед стыдом и ощущением собственной ничтожности. В такие моменты гнев становится единственным доступным средством защиты, ширмой между собой и этим бесконечным внутренним коллапсом.

Иногда эмоции копятся неделями и даже месяцами. Люди с ПРЛ часто изо всех сил стараются быть удобными, сглатывают обиды одну за другой... Пока какой-нибудь совершенно невинный повод (например, забытая просьба) не превращает всё накопленное напряжение в один мощный взрыв.

Гнев может развернуться наружу, тут уже летят колкости, хлопают двери: «Я ухожу от тебя навсегда!», случаются крики и обидные слова. А бывает и внутренняя атака: когда весь этот поток направляется на себя самого в форме жесточайшей самокритики или даже самоповреждений, потому что по-другому справиться просто невозможно.

Почему так? Мозг у людей с ПРЛ реагирует иначе. Зона отвечающая за тревогу – миндалевидное тело, буквально на взводе и легко воспринимает любую неприятную ситуацию, как угрозу жизни. Зато лобные отделы головного мозга, которые обычно помогают притормозить импульсивный ответ: «Сейчас подумаю, прежде чем психовать», словно слегка замедлены. Итог: первое место занимает молниеносная эмоция; анализ ситуации догоняет уже потом... если вообще до-

гоняет.

Такой круговорот чужд логике – это автоматическая реакция организма. Примерно, как если больной с ожогами отдёргивает руку даже при лёгком прикосновении: чувствительность к эмоциональной боли при ПРЛ настолько высока, что любое слово может стать этим обжигающим прикосновением.

Если смотреть изнутри этой системы координат, можно понять, почему простые советы типа «возьми себя в руки» здесь не работают...

II. Рискованное поведение

1. Импульсивность

Одна из самых болезненных особенностей ПРЛ – импульсивность. И это, к сожалению, не просто история про «сделал на эмоциях». Когда человек с ПРЛ что-то совершает под наплывом чувств, ему действительно сложно, порой невозможно остановиться, чтобы хотя бы на минуту задуматься о последствиях. Этот вихрь поступков выглядит по-разному:

Сексуальные риски

Здесь речь не только о частой смене партнёров или сексе без защиты, внутри всего этого обычно крутится жгу-

чая жажда быть нужным, почувствовать хоть какое-то тепло. Для кого-то сексуальность воспринимается как единственный свой ресурс, в такой ситуации разовые контакты становятся чем-то вроде пластыря на разъедающую внутреннюю пустоту; да, они недолговечны, но дают мгновенное ощущение: «Я кому-то важен».

Зависимость от алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ)

Люди с пограничным расстройством личности живут в эмоциональном потоке, который трудно унять — и не удивительно, что большинство из них сталкиваются с зависимостями в той или иной форме. По статистике, дело доходит до того, что больше половины людей с ПРЛ хотя бы раз в жизни оказываются втянутыми в серьёзные проблемы из-за алкоголя или наркотиков.

Что тут примечательно: их отношения с веществами выстраиваются почти как с людьми (все эти сложные сценарии привязанности). Сначала — идеализация: вот оно, моё средство спасения! Ты знаешь заранее, как это работает — вещество ведь не обидит, не уйдёт посреди вечера и в фазу «остудить чувства» переключается мгновенно. Отсюда родом и искусительное ощущение контроля: кажется, ещё чуть-чуть — и наконец стану управлять своими эмоциями сам.

Но по факту вещества редко выбираются ради кайфа. Гораздо чаще это способ хоть немного выдержать ту внутреннюю бурю, которая иначе просто выматывает. Это своего ро-

да эмоциональная анестезия — всё слишком быстро задевает и слишком долго болит? Тогда алкоголь или таблетки становятся передышкой для психики: «Хоть немножко станет не так больно».

Апатия? Тут уже нужны стимуляторы — чтобы почувствовать хоть что-то. Общаться страшно? Опять рука тянется к социальному допингу — чтобы быть «своим» среди других и забыть о страхе отвержения. Иногда вплоть до суицидальных жестов — когда саморазрушение становится формой самонаказания через употребление опасных доз.

Важный момент: многие решения здесь принимаются не после долгих раздумий, а прямо на эмоции, одним порывом «только бы потушить». Часто даже нет какой-то привязанности к одному виду вещества; подбирается то, что поможет от конкретного состояния сейчас: тревога днём – выпивка или транквилизатор, вечером грустно – что-то повеселее.

Самое трудное — стандартные программы лечения тут часто дают сбой. Забрать вещество можно быстро... но вот все подавленные чувства возвращаются лавиной, словно «эмоциональное похмелье». Без работы с настоящей причиной внутренней боли выходит замкнутый круг: человек страдает без вещества едва ли не сильнее, чем со всеми его последствиями.

В итоге работа с такой зависимостью сродни ремонту остова дома без крыши во время грозы: если не заняться самими основами ПРЛ — бессмысленно чинить отдельные ок-

на. Тут нужен целостный подход: иначе каждый раз после очередного воздержания всё возвращается на круги своя.

Расстройство пищевого поведения (булимия, анорексия, компульсивное переедание)

Ещё одна частая стратегия попыток совладания с чувствами: от переедания до голодовок. Иногда внешне это кажется не серьёзной проблемой или попыткой манипулировать, но по факту здесь всегда где-то рядом страдание и нарушенная самоидентификация. Вот если заглянуть в мир расстройств пищевого поведения (РПП), становится ясно: это не просто временный всплеск тревоги или мимолётный каприз. РПП чуть ли не всегда означает, что человек балансирует на грани, его психика и тело живут в сложном, пограничном режиме. Тут уже не о банальной стрессовой слабости речь, а о глубинных изменениях во внутреннем устройстве. Человек в буквальном смысле выстраивает отношения с едой, также как с алкоголем и другими веществами.

Любопытный момент: при пограничном расстройстве личности (ПРЛ) далеко не всегда наблюдаются проблемы с едой. То есть ПРЛ может быть само по себе, но если есть проявление РПП, то это всегда свидетельствует как минимум о пограничном уровне функционирования (ПУФ).

И есть тонкая биологическая нить, которая отличает РПП от обычной реакции тревожного человека. Дело в том, что РПП – вещь, в основе которой часто скрывается наследственность и биология. Это то самое наследие, которое до-

стаётся человеку вне зависимости от жизненных перипетий. Генетика буквально стройными рядами выстраивает predisposition воспринимать еду либо как врага, либо как единственный источник утешения.

На этом фоне невротики выглядят совсем иначе. У них свои рецепты борьбы со стрессом (например, плотно заняться работой или всё контролировать до мельчайших деталей). И уж точно: большинство людей с невротическим уровнем функционирования под влиянием стресса теряют аппетит. Почему? Всё объясняет физиология: активируется симпатический отдел вегетативной нервной системы. Кровь отходит к мышцам, тело будто готовится драться или бежать, организму просто не до еды — в данный момент она может только мешать и отвлекать от борьбы с возникшей опасностью (реальной или надуманной). А вот что происходит потом? Когда опасность миновала, включается парасимпатический отдел, тот самый режим отдыха и пищеварения.

Но у людей с ПРЛ этот механизм может сбоить: границы между этапами размываются, и привычные для большинства процессы нарушаются, отсюда и перекосы во всём, что связано с едой и ощущением собственной безопасности.

Импульсивное поведение может затрагивать абсолютно любые сферы жизни: Внезапно купленные вещи (ониомания); Резкое увольнение с работы без плана Б; Мелкие кражи по импульсу; Необъяснимые разрывы отношений по щелчку пальцев; Чрезмерная мастурбация- мешающая в жизни;

Дерматилломания — навязчивое расковыривание кожи, выдавливание несуществующих прыщей; Трихотилломания — выдергивание волос на голове и теле.

2. Самоповреждения

Самоповреждения (селфхарм) — выступает как часть импульсивного поведения и как поведение особого риска, поэтому рассмотрим его как отдельную часть рискованного поведения.

Это один из главных маркеров ПРЛ, практически всегда при этом расстройстве есть самоповреждения, и в зависимости от тяжести состояния они могут быть не сильно выраженными (вырывание ресниц), или доходить до крайних случаев агрессии к себе: порезы (руки, ноги, живот), ожоги, удары о стены кулаками (или даже головой). Также к самоповреждению относятся нарушенные отношения с едой (полный отказ или переедание с вызыванием рвоты). На мой взгляд к самоповреждающему поведению, можно отнести изнуряющие физические нагрузки, которые приводят к травмам.

Все эти действия предпринимаются, как способ справиться с невыносимой эмоциональной болью, и они требуют глубокого понимания и специализированной помощи.

Что такое самоповреждения при ПРЛ?

Давайте попробуем взглянуть на самоповреждение при пограничном расстройстве личности чуть глубже – не только

как на пугающий симптом, но и как на настоящую историю борьбы человека с собой и своим внутренним хаосом.

Почему порезаться – это не всегда попытка покончить с собой?

Представьте себе душевную боль – не абстрактно, а буквально: чувство такой громкости внутри, когда мысли не умещаются в голове. Люди с ПРЛ живут в эмоциональном урагане: между паникой и отчаянием, вспышками злости и всё разъедающей пустотой. В такие моменты самоповреждение становится для них не способом уйти из жизни, а временной «аптечкой первой помощи», иногда единственным средством быстро выключить невыносимое напряжение или вернуть себе хоть какое-то ощущение контроля.

Причём вовсе не обязательно это делается напоказ или ради чужого внимания. Напротив, большая часть таких людей скрывает свои шрамы.

Когда слушаешь людей с ПРЛ, улавливается схожее чувства вины: «Я плохой. Я заслужил боль» – эти мысли словно крутятся фоном. Здесь самоповреждение превращается в наказание.

Когда ни слова, ни слёзы, не могут выразить боль внутри – кровь на коже замещает крик.

Иногда за этим стоит отчаянное желание хоть за что-то зацепиться в реальности. Есть такое состояния — диссоциация, когда человек вообще перестаёт чувствовать себя живым или настоящим, и тогда физическая боль помогает вер-

нуться в настоящее и убедиться: «Я существую».

Но почему вообще это работает? Ответ прячется у нас внутри, в химии мозга. Здесь начинается необычная история про эндогенные опиоиды. Когда-то учёные открыли вещества: бета-эндорфины и энкефалины.

Бета-эндорфины

Они действуют как внутренняя морфиновая таблетка. Бета-эндорфины, производятся глубоко в мозге (гипофизе и гипоталамусе) и запускаются обычно в самых экстремальных обстоятельствах: шок, физическая боль, мощный эмоциональный кризис.

Интересно здесь то, что у людей с ПРЛ зачастую наблюдается изначально низкий уровень этих природных обезболивающих. Это, как если бы внутри всё время сохранялась субфебрильная температура страдания — тихий, но постоянный фон внутренней боли и пустоты. Теперь представьте: порез или ожог становится способом включить аварийную сигнализацию — физическая травма заставляет мозг моментально выбрасывает крупную дозу бета-эндорфина. Причём это притупляет не только боль телесную, но — на удивление — и душевную тоже. Поэтому облегчение бывает прямо оглушающе резким, некой смесью спокойствия и легкой эйфории: вот жизнь становится на короткий момент хоть чуть-чуть терпимее.

Здесь возникает цикл зависимости. Мозг запоминает: «О, так это работает!» — и начинает воспринимать физическую

боль как простой способ получить этот внутренний допинг. Если других вариантов быстро «облегчиться» нет — формируется компульсивная тяга к селфхарму.

Энкефалины

Совсем другая лига защитников — энкефалины. Если бета-эндорфины работают долго и по всему организму, энкефалины срабатывают локально — прямо там, где болит или тревожно. Их задача: мгновенно приостановить болевой импульс ещё на уровне нервного волокна (например, при ожоге пальца). Но эффект короткий: выделились — исчезли через секунды.

Как это связано с компульсиями? Энкефалины первыми реагируют на микрострессы — разлад с близким человеком или неожиданные проблемы на работе. «Опытный» мозг мгновенно выстреливает малюсенькую дозу этого нейромедиатора — чтобы хотя бы чуть-чуть приглушить переживание, смягчить эмоцию или ослабить тревогу.

Теперь добавим внешние стимулы — алкоголь, опиаты или любые компульсивные ритуалы (от переедания до бесконечного прокручивания ленты соцсетей). Всё это временно распыляет большое количество искусственных сигналов к энкефалиновым рецепторам. На первых порах кажется: жизнь снова управляемая! Но если повторять слишком часто... рецепторы начинают ленивее реагировать на собственные энкефалины организма. Человек остаётся без поддержки своей «собственной химии» — ощущает пустоту или да-

же ломку без привычного ритуала.

Получается парадокс: то, что когда-то помогло быстро сбросить стресс (пусть вредным способом), со временем делает нас ещё более зависимыми. Чем чаще работает этот механизм «боль – облегчение», тем сильнее мозг к нему привыкает; можно сказать, без преувеличения – появляется зависимость от собственного опиума.

У всех живых существ есть эта система (такая же древняя и фундаментальная, как дыхание); рецепторы опиоидов разбросаны по всему телу.

Самое поразительное: ощущение боли физиологически отличается от других чувств – у нас нет специфических «болевых» рецепторов! Всё дело в том, как мозг интерпретирует сигналы от обычных датчиков давления или химии. Иногда он решает перевести их как боль, иногда, наоборот, игнорирует её совсем. Например, во время сильного стресса солдат всё равно бежит вперёд, даже с ранением.

Наверное, именно поэтому, когда мы говорим о людях с ПРЛ, так часто встречаются описания необъяснимого чувства близости к смерти или от экстрима. Кто-то годами увлекается татуажем чуть ли не до дыр в коже; кто-то до крови расцарапывает лицо перед зеркалом; кто-то снова и снова ищет стресс там, где другим давно стало бы плохо – лишь бы словить эту крохотную волну облегчения после.

За рамками шаблонной медицины это очень человеческая история поиска выхода там, где его почти нет. И задача спе-

циалистов здесь никогда не ограничивается простым запретом на вред самому себе.

Настоящая помощь начинается тогда, когда человеку дают другой способ получить то самое чувство контроля над собственной жизнью и внутреннюю тишину без необходимости ранить себя заново.

И здесь уже нет места морализаторству или ярлыкам минутной слабости. Это глубокий биохимический цикл самосохранения на грани возможного: если другие способы справиться с внутренней катастрофой исчерпаны, тело включает своё самое древнее оружие против ужаса.

Если вам лично близка эта тема или вы заботитесь о ком-то с подобными трудностями, имейте в виду весь этот пласт невидимых причин под поверхностью поведения. Живые люди редко делают что-либо просто так, за каждым действием часто спрятана огромная работа по выживанию на границе возможного.

III. Межличностная сфера

1. Страх отвержения

Страх быть отвергнутым и болезненное отношение к любой дистанции в отношениях – пожалуй, одна из самых ост-

рых тем для людей с ПРЛ. Даже что-то, на первый взгляд, совершенно невинное – например, сухое сообщение без смайлика, задержка с ответом, слегка прохладный тон или незапланированная отмена встречи – воспринимается не как обычная житейская история, а словно кто-то выдернул провод жизненно важной поддержки. В голове тут же включается сигнал тревоги: «Меня отвергают! Я снова остался один».

Снаружи такие вспышки иногда выглядят странно, будто человек специально драматизирует или манипулирует. На самом деле почти всегда за этим стоит не злая воля, а болезненный, глубоко укоренившийся страх потери связи с близкими. Эта тревога часто формируется ещё в детстве, если взрослые были, то тёплыми, то холодными; если любовь казалась скорее капризом обстоятельств, нежели чем-то надёжным; если ребёнку всё время приходилось угадывать настроение родителей и подстраиваться под их эмоциональный климат. Всё это откладывается настолько прочно, что во взрослой жизни ожидание предательского холода почти перестаёт быть вопросом «если?», а превращается в постоянное тревожное «когда?».

Вот что становится привычкой: человек буквально не может расслабиться рядом с близким ему человеком. Он говорит себе: «Я должен быть особенно внимателен к тону голоса», или без конца перепроверяет сообщения – лишь бы не пропустить намёк на опасность. Задержался партнёр с ответом? Сердце уходит в пятки. Сразу рождается тревожное

предположение: «Я ему больше не важна, он меня разлюбил».

Типичны не только гиперчувствительность к малейшей дистанции и вечное сканирование отношений (проще говоря, постоянный поиск признаков охлаждения), но и нервозность из-за недолгого молчания или заминки. Маленькая размолвка превращается в эмоциональный шторм: вот уже слёзы, обида и резкая попытка либо доказать свою нужность (может быть, даже чрезмерно навязчиво), либо внезапное обесценивание важной связи: «Ты мне больше не нужен!», потому что так чуть-чуть легче выносить внутреннюю боль.

Другим кажется: «Ну перебор же!». Но человек внутри себя переживает это как настоящую катастрофу. Почему такая острота чувств?

Привязанность изначально неустойчива

Если взрослые рядом были непредсказуемы, формируется убеждение: тепло между людьми – это всегда временно. Любая дистанция сразу кажется угрозой не только душевному комфорту, но чуть ли не самому выживанию.

Нарушения эмоционального самоконтроля (дисрегуляция)

Там, где другой человек ограничится лёгким раздражением или грустью от ерунды типа- отменённого кофе, у человека с ПРЛ запускается самая настоящая трагедия или отчаяние до дрожи. Реакция бывает настолько бурной и мучительной, что даже сам человек нередко пугается собствен-

ных эмоций: «Ну вроде бы всего лишь задержка ответа, а у меня внутри будто землю из-под ног выбило».

Травматический опыт отношений

Многие люди с ПРЛ прошли через истинную школу боли: эмоциональное пренебрежение от хронически равнодушных родителей; насилие любого рода; буллинг... Неудивительно, что психика сворачивается клубком и начинает жить по принципу: «Лучше готовиться к неизбежному удару заранее». Получается такое качание внутреннего маятника: с одной стороны, страшно привязываться (ведь тогда боль расставания будет ещё сильнее!), с другой – уйти в полное одиночество тоже невозможно (страх одиночества едва ли слабее страха близости).

Такой вечный внутренний конфликт по схеме: «Если я сближусь – меня ранят. Если отдалюсь – останусь один» — разрывает на части.

Как обычно реагируют близкие? Тут вечная дилемма: хочется поддержать родного человека, но одновременно возникает ощущение давления (давление ожиданий или бесконечных проверок любви). Иногда родственники или партнёр банально устают от этой эмоциональной качки: им сложно понять весь масштаб чужой боли и тяжело ежедневно выдерживать интенсивность чувств другого человека.

И вот самый печальный парадокс: когда близкие начинают защищаться (пусть даже просто делают небольшой шаг назад ради передышки), это сразу запускает тот самый бо-

лезненный цикл ещё раз.

Страх покинутости обостряется — появляется тревога — следует эмоциональная реакция — у партнёра кончается ресурс — он отдаляется — страх становится ещё сильнее... Круг замыкается.

Именно поэтому общение с человеком с ПРЛ часто напоминает опору на шаткий мостик над пропастью: оба участника держатся друг за друга крепко-накрепко... но чем крепче, тем чаще проседает доска под ногами.

Если коротко, здесь речь не о капризах или плохом характере. Это про тот фундаментальный страх быть ненужным и больше никогда, никого не найти рядом в трудный момент. Именно понимание этого даёт шанс сделать шаг навстречу друг другу чуть менее пугающим.

2. Нестабильные отношения

Представьте, что вы строите лестницу, вкладываете всю душу, а она то вырастает до небес, то в следующую секунду рушится прямо под ногами. Для людей с ПРЛ эта хрупкость связей становится почти невыносимой и просачивается буквально во все сферы их общения. Что же на самом деле происходит? Вот основные узлы этой истории.

Вечные качели от идеализации к обесцениванию

Если вы когда-либо были другом или партнёром человека с ПРЛ, возможно, замечали: ещё вчера вы были для него

центром вселенной: «Ты лучше всех, я тебя никогда не отпущу!». А сегодня вдруг стали воплощением всех бед: «Ты специально ранишь меня, я ошибся в тебе». Самое удивительное – эти перемены могут случаться не за месяцы, а за часы, иногда даже мгновенно. При этом реальные поводы ничтожны или вовсе отсутствуют. Просто внезапно возникает ощущение угрозы, и мир моментально становится двухцветным.

Всепоглощающий страх быть брошенным

Страх потери настолько силён, что может заслонять весь остальной мир. Малейшая задержка ответа на сообщение или неоднозначный взгляд могут восприниматься как начало конца. А дальше запускается тревожный «режим спасателя»: отчаяние, мольбы, угрозы уйти первым или причинить себе вред (да, звучит драматично, но тревога действительно достигает пика). Проблема в том, что именно эти попытки удержать партнёра часто оказывают противоположный эффект и отталкивают его ещё сильнее.

Неустойчивая идентичность

Есть ещё и такая вещь: собственное «Я» – как пластилин. Личность размывается: вдруг перенимаешь увлечения партнёра (вплоть до вкусов в еде), а завтра неожиданно резко дистанцируешься, лишь бы снова почувствовать себя отдельно. Для самого человека это переживается мучительно: «Кто я вообще такой вне этих отношений?»

Импульсивность на грани саморазрушения

Настроение штормит, и действует человек подчас импуль-

сивно: рискованные поступки, внезапные флирты, спонтанные траты или яростные ссоры буквально на пустом месте. Как будто он кидается из стороны в сторону, просто чтобы хоть как-то заполнить внутреннюю пустоту.

Вечная дыра внутри

Это сложно объяснить тем, кто такого не испытывал: постоянное ощущение внутренней пустоты, тоски без причины. Кто-то цепляется за острые эмоции – новые знакомства или конфликты становятся своего рода попыткой хоть чем-то заткнуть эту дыру внутри.

Вспышки гнева

Злость при ПРЛ – отдельная песня. Она вспыхивает ярко и неожиданно: громкие выяснения отношений с криками и упрёками... а потом приходит стыд и желание всё исправить.

Эпизоды паранойи или уход от реальности под стрессом

Когда чувства раскаляются до предела (например, при угрозе разрыва), возможны кратковременные приступы подозрительности: «Он точно что-то скрывает». Или ощущение полной отстранённости от происходящего (как будто наблюдаешь свою жизнь со стороны). Это такие своеобразные защитные механизмы психики.

Теперь про сам цикл отношений при ПРЛ, он часто удивительно предсказуем:

Идеализация: новый знакомый кажется чуть ли не героем романа – понимает вас полностью! Быстро возникает сильная эмоциональная зависимость.

Страх разочарования: какое-нибудь малозначительное недоразумение (забыл позвонить вовремя) – и тревога зашкаливает; мельчайшее несовпадение разбивает мечту о безусловной близости.

Обесценивание: мгновенно включается критика и обвинения: «Ты неверен, никому нельзя доверять». Здесь больше защиты себя от боли возможного расставания.

Раскаяние: после взрыва чувств наступает настоящий откат – боль разлуки невыносима! Следуют извинения или мольбы вернуть всё назад.

И всё повторяется снова – если вмешательства нет, цикл замыкается сам на себя... Оба партнёра к концу оказываются истощёнными.

Можно смотреть на этот сценарий через призму разрушительных последствий для обоих участников процесса, ведь отношения становятся полем боя с постоянно меняющимися правилами. Для самой личности этот цикл превращается в бесконечную борьбу между жадой близости и страхом быть отвергнутым; для её окружения отношения приобретают оттенок непредсказуемости и усталости.

Главный вывод? За нестабильностью стоит целый спектр непростых переживаний (и никакого злого умысла!). Это история не про плохой характер, а про очень хрупкую психику, которой отчаянно не хватает безопасности внутри себя и рядом с другими людьми.

В сексуальной сфере у людей с ПРЛ тоже возникают трудности

Сексуальность людей с ПРЛ— это не про одну чёткую модель. Она скорее о том, как постоянные внутренние качели отражаются даже в самой интимной сфере жизни. Вчера человек бежал от одиночества, сегодня боится раствориться в связи, а завтра ощущает себя чужим по отношению к собственному телу. Всё крутится вокруг привычных для ПРЛ тем: невозможность удержать стабильную идентичность, невыносимый страх быть покинутым и эта мучительная эмоциональная неустойчивость.

1. Импульсивность

Почему сексуальность перестаёт быть просто выражением желания? Тут на первый план выходит не столько само влечение, сколько попытка хоть как-то заглушить боль или справиться с паникой одиночества (для человека с ПРЛ это почти физическая пытка). Моментальный секс становится чем-то вроде психической анестезии. Представьте: кому-то нужно пойти и обняться, чтобы отпустило, а человеку с ПРЛ нужен новый контакт – резкий, неожиданный. В этот миг он отключает все мысли о последствиях: долгосрочные планы

стираются, важны только сейчас и облегчение.

Отсюда вытекает целый набор характерных сценариев:

Секс как обезболивающее

Когда изнутри всё давит тяжестью, или зашкаливает тревога — случайная связь, самый быстрый способ хоть на время сбить градус пустоты. Не любовь ведёт за руку, а желание унять внутренний пожар.

Игнорирование опасностей

Когда импульс захлёстывает, никто уже не думает о презервативах или безопасности. Вот оно, моментальное решение любой ценой: «Лучше рискну, чем останусь один-одинёшенек со своими демонами».

Решения на эмоциях

Человек может сорваться на близость в приступе злости или отчаяния просто потому, что этот шаг эффективнее других перекрывает внутренний шум. А иногда секс превращается в способ наказать себя: «Я ничего не стою», или партнёра (после большой ссоры).

Переключения от «сексуального запоя» к пустоте

В какой-то период поиск секса становится основной целью дня или недели: главное — отвлечься. Но удовлетворение исчезает уже после оргазма; вместо тепла — мгновенная опустошённость.

Что за этим стоит?

— Этот жгучий страх остаться одному толкает соглашаться буквально на всё... Лишь бы человек рядом не ушёл пер-

вым.

— Многие даже не понимают разницы между настоящей близостью и физическим контактом: если эмоции переживать тяжело, то тело заменяет чувства своим присутствием.

— И ещё проблема с границами: из-за постоянных сомнений в собственной ценности нередко сложно сказать «нет». Кажется, что прямо сейчас отказ равен окончательному отвержению.

2. Чередование сексуальных крайностей

Если задуматься, в жизни человека с полярным мышлением не бывает какого-то «нормального» ровного плато. Контраст максимальный: то полный интимный захват, когда кажется, что без этого человека и физического контакта с ним просто не выжить; то вдруг отбрасывает назад с такой силой, что даже мысль о прикосновении вызывает раздражение или даже отвращение.

Вот несколько таких диаметрально противоположных сценариев близости:

Гиперсексуальность и асексуальность

Иногда включается режим «всё и сразу»: постоянные мысли о сексе, желание быть с партнёром каждую свободную минуту, порой даже уход в череду случайных связей или неспешная, ежедневная мастурбация (человек словно гасит этим невыносимую внутреннюю тревогу). А через неделю –

выключатель щёлкнул. Секса совсем не хочется, любое предложение раздражает, а руки партнёра вдруг ощущаются как чужие. Можно запросто уйти «в спячку» на месяцы: тело – глухо, душа – в панцире.

Идеализация и обесценивание

Когда отношения только начинаются, или всё идёт как «по маслу», кажется: ну всё, наконец-то встретился тот самый идеальный любовник. Кажется, что секс с ним всегда будет горячим и наполненным смыслом! Но стоит чему-то пойти не так (обида, недопонимание) – и вчерашний любимый вдруг становится невыносимо далёким. Желание тает до нуля, а где-то внутри крутится мысль: «Как я вообще мог этого хотеть?»

Слияние и отторжение

Есть фаза полного растворения друг в друге. Хочется забыть свои границы – как будто, слившись, удастся хоть на время сбежать от тревоги одиночества или от собственной нестабильности. Часто такие люди соглашаются на любые фантазии партнёра, лишь бы сохранить иллюзию абсолютной близости. Но потом что-то происходит – и всё: теперь это уже слишком много! Поднимаются стены толщиной как у бункера, малейшее вторжение в личное пространство вызывает фрустрацию и злость.

Распутство против пуританства

Интересно наблюдать за такими нюансами: ещё недавно был рискованным экспериментатором – готовый пробовать

кинки (любые нетрадиционные сексуальные предпочтения, фантазии или практики, которые выходят за рамки общепринятой нормы) любого уровня сложности; потом наступит жёсткий откат к пуританству: стыд накрывает за все прошлые «грехи», и человек начинает презирать себя за вчерашнюю смелость.

Почему возникают такие качели?

В глубине тут сидит защитный механизм: когда эмоции становятся слишком болезненными, психика ищет быстрых решений по принципу «всё или ничего». Секс превращается, то в клей для склеивания остатков близости: «Если мы сейчас сольёмся воедино – тревога пройдёт!», то в опасность: «Я слишком уязвим рядом – прочь!». Либи́до жёстко подчинено эмоциональной амплитуде: при депрессии жизнь выгорает вместе с тягой к близости; но стоит появиться драйву или встревоженности – импульсы вырываются наружу без фильтра.

В общем, эти маятники не столько про секс, сколько про попытку справиться с внутренним хаосом эмоций – хотя инструмент для этого выбирается весьма драматичный.

3. Страх быть покинутым

Это не какой-то абстрактный, далёкий страх, а почти физическая боль, когда есть ощущение: если сейчас партнёр отвернётся, мир полностью разрушится. И вот на этом фоне

секс часто превращается в нечто совсем отличное от близости ради любви или удовольствия.

Тут интим становится своего рода «валютой безопасности». Например, бывает так, что человек готов заниматься сексом несмотря на дикий недосып, болезнь или полное отсутствие желания – просто потому, что у него в голове связка: «Если я откажусь – меня точно бросят». То есть, через постель идёт подтверждение своей нужности.

Часто после ссор появляется желание броситься в объятия партнёра – не для того чтобы действительно разобраться в эмоциях или поговорить, а чтобы буквально залепить трещину страстью. Такой секс – это своего рода ритуал примирения. Как будто «если мы были близки физически – значит всё снова хорошо». На деле глубоких проблем это почти никогда не решает.

Дальше плацдарм усложняется: в ход идут попытки подстроиться под любые сексуальные предпочтения человека – даже те, которые доставляют откровенный дискомфорт или пугают. Границы здесь стираются: хочется заслужить любовь любой ценой. Иногда обходится без явного давления – всё добровольно, но бывает и так, что внутренний голос подавляет стоп-сигналы: «Главное, чтобы он был доволен».

А если вдруг партнёр стал молчаливым или занят своим делами – тревога моментально выстреливает вверх. Возникает почти рефлекторная мысль: «Если мы сейчас займёмся сексом – я увижу, что для него ещё что-то значу». Вот

этот импульс «проверить любовь» через интим знаком очень многим людям с ПРЛ.

Всё перечисленное часто подкрепляется внутренними установками вроде: «Меня любят только за тело», «Если я откажусь – он сразу найдёт кого-то другого». Любовь и принятие сами по себе теряют ценность; начинает казаться, что постоянная сексуальная доступность – единственное неоспоримое доказательство собственной важности.

И тут наступает самая горькая фаза: после такого секса человек нередко чувствует себя использованным и пустым (даже если партнёр объективно ни к чему не принуждал). Стартует накопление злости и обиды на партнера: «Я из-за тебя это делаю!», хотя изначальный толчок исходил вовсе не от него, а от собственного страха быть покинутым.

По мере того, как этот механизм повторяется вновь и вновь, либидо начинает выгорать. Вместо желания приходит устойчивое отвращение к сексуальной близости вообще. В отношениях появляется напряжённость и растущая дистанция – ровно то, чего больше всего хотелось избежать с самого начала... Очень парадоксально и очень по-настоящему грустно.

Вся эта картина кажется жёсткой или даже трагикомичной со стороны, но когда находишься внутри такой динамики – разобраться бывает трудно. Без внешней поддержки или профессионального взгляда этот замкнутый круг сложно разорвать самостоятельно.

4. Сексуальное насилие

Связь между пережитым в детстве насилием и тем, как взрослый человек с ПРЛ строит свою сексуальную жизнь – это пожалуй, одна из самых болезненных и сложных тем в психотерапии. И такие травмы – это больше, чем просто воспоминания из прошлого. Они словно подменяют внутренние «настройки безопасности»: стираются границы между «моё» и «чужое», исчезает ощущение защищённости в собственном теле. И раны этих лет сказываются на самой личной части жизни – там, где особенно хочется быть принятым и уязвимым.

Что может происходить с сексуальностью взрослого, пережившего такую травму? Давайте посмотрим – со всеми неочевидными деталями.

Ощущение отключённости от тела

В самый интимный момент мозг вдруг активирует древний механизм выживания: «замри и отключись». Человек лежит рядом с любимым – а внутри пустота, чувства куда-то ушли. Это часто случается при напоминании о чём-то пугающем из прошлого. Вот тело здесь, рядом партнёр... а сознание будто выдавлено за пределы комнаты.

Компульсивное повторение травмы (ретравматизация)

Есть такой парадоксальный сценарий: подсознание затягивает в новые отношения по старому порочному кругу –

снова выбираются резкие или даже опасные партнёры. Глубоко внутри живёт надежда: если я «сыграю» старый кошмар ещё раз – вдруг теперь смогу переписать его финал? Но эта попытка взять реванш оборачивается теми же старыми болями.

Переиначивание смысла боли и удовольствия

Для многих взрослых с таким прошлым близость смешалась со страхом. В результате нежный, романтический секс кажется каким-то искусственным – а вот только ситуации доминирования или унижения «цепляют» по-настоящему. В зрелом возрасте при возбуждении появляется настораживающее эхо: чтобы почувствовать желание, нужно оказаться на грани или поверить, что ты вновь в опасности.

Неожиданные флешбэки через тело

И вот простая ситуация: какой-то запах или жест невинно напоминает о том самом эпизоде детства. Мозг реагирует мгновенной тревогой; выбрасывает человека в прошлое прямо тут, во время сексуального контакта. Начинается паника вплоть до истерических слёз или ощущения паралича.

Стыд и неприятие собственного тела

Очень тяжёлое чувство: как будто навсегда застряли в роли «грязного» и «неправильного». После секса – даже самого добровольного! – накрывает удушающая волна вины, самоосуждения, стыда за своё тело.

Крайние полюса поведения — возможны два противоположных шаблона:

- Одни становятся гиперсексуальными: бросают себя в любые связи: «Раз уж меня испортили – какая разница?»
- Другие запрещают себе прикосновения вообще: любая близость пугает до дрожи; проще остаться вне игры, чем снова ощутить беспомощность.

За каждой такой реакцией скрывается невидимый побочный эффект детской травмы – она буквально меняет химию мозга вокруг темы телесности и доверия к другому человеку. Так что разговор о сексе для людей с ПРЛ – это всегда больше про уязвимость и внутреннюю борьбу за возвращение себе собственного тела и права чувствовать иначе.

5. Эмоциональная отстраненность

Это гораздо больше, чем просто «холодность» или нежелание близости. На самом деле часто речь идёт о внутреннем конфликте между очень сильной жадой любви и одновременно – почти паническим страхом настоящей, уязвимой близости. Так что отделять секс от чувств – это такой своеобразный предохранитель для психики. Он минимизирует внутренние риски и боль.

Как эта защита обычно проявляется? Например, человек заметно чаще выбирает поверхностные отношения: мимолётные связи разового характера или партнёров, которые гарантированно будут держать дистанцию (даже географическую). Получается хитрый ход: если ни на что особо не рас-

считывать, то и разочарования меньше – нет обязательств, нет привязанности, а значит не так страшно быть отвергнутым.

Другая ситуация – когда внешне всё пылает страстью, а внутри будто пустота. Человек может казаться инициативным и горячим в постели, но на самом деле ощущает себя за стеклом. В лучшем случае – механика без души; партнёр превращается в инструмент для самоутверждения: «Я всё ещё интересен!» или для быстрого избавления от тревоги. Ни нежности, ни чувства сопричастности – потому что позволять себе эти эмоции слишком рискованно.

Иногда после секса наблюдается стремительное бегство – хочется в буквальном смысле вскочить с кровати и убежать (или выставить другого человека за дверь). Причина проста: расслабление после оргазма обнажает ту самую уязвимость, которая кажется невыносимой. Быть рядом – опасно; проще даже физически дистанцироваться.

Почему так? Есть несколько корней этой сложности. Первый – страх быть растворённым в другом: будто границы собственного «Я» настолько хрупки, что любая настоящая близость грозит их размыть. Второй страх – убеждённость в неизбежном предательстве: стоит раскрыться по-настоящему, показать свои слабые места – тебя обязательно ранят или отвергнут.

А ещё здесь играет роль замкнутый круг: как только партнёр становится ближе эмоционально, психика мгновенно-

но включает оборону – человек начинает видеть любимого сквозь увеличительное стекло недостатков, резко теряет к нему интерес и желание. Это защитная реакция – такой вот хрупкий способ не стать зависящим.

Дополняет картину сложность с пониманием собственных чувств (алекситимия): кажется, проще прочувствовать эйфорию или ярость, приправленные адреналином, чем признать себе (и другому) в тихих чувствах, таких как — забота или привязанность.

Возможно, звучит мрачно. Но только если забыть – за всеми этими перепадами стоит очень ранимый человек с настоящей жадой быть принятым таким, какой он есть... Хотя иногда это стремление и принимает довольно болезненные формы.

Всё это непросто переживать самому и порой мучительно сложно объяснить другому человеку. Но если посмотреть на ситуацию под этим углом – изнутри страха и защит, – появляется шанс понять источник проблемы и постепенно научиться строить отношения иначе – с уважением и пониманием своих и чужих границ.

IV. Когнитивная сфера

1. Нестабильность собственного «Я»

Когда мы говорим о пограничном расстройстве личности, стоит выкинуть из головы представление об обычной неуверенности или временном замешательстве. Здесь самоощущение – это будто зыбкая почва под ногами: такой человек по-настоящему живёт с ощущением, что внутренняя опора рассыпается на части и никак не собирается в цельную картинку того его, кто он есть на самом деле.

Что вообще представляет собой это загадочное собственное «Я»? По сути, именно оно отвечает на вопрос: «Кто я?» – с добавлением нюансов вроде: моих ценностей, принципов, планов, особенностей характера и ощущения уникальности. Для большинства людей эта внутренняя конструкция достаточно прочна: она как навигатор помогает сориентироваться на развилках жизни, строить отношения, держать курс. Повседневные испытания могут слегка пошатнуть самооценку, но фундамент остаётся неизменным.

У людей с ПРЛ история совсем другая, стабильной идентичности им как раз очень не хватает.

Диффузия идентичности

Это главный и мучительный симптом ПРЛ: словно кто-то постоянно меняет каналы внутри тебя самого. Сегодня ты полон уверенности, а завтра – абсолютно опустошён и теряешь веру в себя. Нет ощущения цельности, «Я» легко раскалывается на противоречивые роли и образы. Для сравнения: у большинства людей внутренние перемены похожи на лёгкие волны на воде, а при ПРЛ – это шторм со сменой направления ветра чуть ли не каждый час.

Проблемы с постоянством образа себя и других

Есть термин «сплиттинг» и он здесь буквально про чёрно-белое восприятие мира: либо ты (или кто-то рядом) идеален, либо совершенно никчёмен. Промежуточных оттенков не бывает. Представьте себе отношения, где сегодня партнёр – лучший человек на свете, а уже завтра – полнейшее разочарование; вот это типичная реальность при ПРЛ.

Зависимость от внешних реакций

Внутренний компас работает, только если кто-то одобряет или поддерживает, тогда временно становится ясно, кто ты, зачем и почему. Но стоит услышать критику или почувствовать отвержение – всё рассыпается до состояния никчемности или ничтожности.

Хроническое чувство пустоты

Одна из самых болезненных сторон этого состояния: внутреннее пространство кажется пустым сосудом без собственного содержимого (и чтобы хоть как-то заполнить эту пустоту, в ход идут импульсивные поступки: рискованные

связи, острые ощущения, вечная потребность быть замеченным). Иногда эта жажда напоминает попытку зачерпнуть воду решетом.

Перепады эмоций

Настроение скачет так резко, что даже стандартные ценности исчезают под напором нового эмоционального урагана, вчера ты клялся больше никогда не срываться или не лгать близким... но сильный всплеск эмоций буквально включает все внутренние запреты.

Как вся эта нестабильность проявляется в обычной жизни?

Цели и убеждения как флюгер

Легко сменить карьерный путь или политическую ориентацию (а иногда даже религиозные взгляды) просто потому, что внутри нет устойчивого основания для этих выборов.

Попадание под влияние

Встречаются ситуации действительно опасные, например, если человек вступает в секту и попадает под влияние харизматичного лидера. Общая идея группы и полностью «принимающая» среда – дает человеку опору и идентичность через ощущение принадлежности, но опасность заключается в том, что такое взаимодействие может привести к полной потере интереса к реальной жизни.

Неустойчивые отношения

Из-за внутренней неопределённости собственная личность часто растворяется в других людях (особенно значи-

мых). В паре человек стремится быть идеальным партнёром вплоть до копирования вкусов и привычек любимого: «Ты любишь горы? И я люблю!». Это может заходить очень далеко — даже сексуальные предпочтения бессознательно перенимаются, и уязвимый человек автоматически подстраивается под партнёра, ради ощущения связи. Для партнера, напротив, всё выглядит замечательно и он может быть действительно поражен: «Я нашел, своего человека, мы идеально совпадаем!». Но пограничная личность может преподнести сюрприз и высказать все, что думает на самом деле, если по какой-то причине вышла из эмоционального равновесия: «Я ненавижу все твои горы и тебя вместе с ними». Такое непредсказуемое и очень «непонятное» поведение, неминуемо выбивает из колеи партнера...

Самооценка скачет вверх-вниз

Иногда ощущение собственной исключительности зашкаливает: «Я могу всё», а завтра наступает обвал до ощущения полной ненужности миру: «Наверное, лучше исчезнуть».

Импульсивность – почти рефлекс

Не страшно рисковать всем сразу, связь между решениями и долгосрочными последствиями утрачена; хочется скорее заполнить внутренний вакуум хоть чем-нибудь заметным (от случайных связей до опасных видов спорта).

Сложно определиться с выбором

От обычной покупки одежды до смены города проживания, решения вызывают парализующую тревогу, поэтому

пограничные люди не могут принимать решения даже в бытовых вопросах.

Постоянное ощущение игры

Будто вся жизнь – маленький театр без права раскрыть настоящую сущность; приходит страх быть разоблачённым и не принятым.

Расстройство идентичности при ПРЛ куда глубже банального поиска себя. Оно превращает контакт с собой в настоящую квест-головоломку без инструкции по сборке, когда детали есть, но они упрямо не складываются ни во что целое. И каждое новое знакомство, история любви или социальная роль становятся ещё одной попыткой собрать этот конструктор заново...

2. Диссоциация

Среди всех сложностей, с которыми сталкиваются люди с ПРЛ, особое место занимают состояния диссоциации и эпизоды параноидального мышления. Они тесно переплетены между собой, и, пожалуй, могут быть одними из самых сбивающих с толку – будто в какой-то момент тебя резко выкидывает из привычной реальности.

Диссоциация при ПРЛ: когда себя не находишь

Что такое диссоциация на практике? Представьте себе эмоциональное землетрясение, чтобы не чувствовать слишком сильный страх или боль, психика как будто нажимает

«выкл» – человек перестаёт ощущать часть себя, свои эмоции или даже воспоминания. Часто это происходит автоматически в ответ на стресс, триггеры из прошлого или острое чувство небезопасности.

При ПРЛ диссоциация может выглядеть по-разному:

Дереализация

Мир вокруг становится каким-то пластмассовым или призрачным – будто смотришь на всё через стеклянную перегородку или во сне. Многие говорят: «Всё реально, но как будто бы не со мной происходит».

Деперсонализация

Ощущение собственной чуждости: свои мысли звучат чужими, тело кажется странным и не своим, иногда кажется, что существуешь где-то вне собственной головы. Словно наблюдаешь за своим отражением без прямой связи.

Диссоциативная амнезия

Эпизоды потери памяти удивляют: отдельные важные события ускользают из памяти (и это не обычное «что-то забыл» – мозг их просто прячет).

Диссоциативная фуга

Эта штука встречается реже, но очень выбивает из колеи. Человек внезапно уходит куда-то, не помнит ничего о себе и иногда оказывается в совершенно новом месте, а потом возвращается, как после отключения.

Фрагментация идентичности

Конечно, это не то же самое, что проявляется при рас-

стройстве множественной личности, но при ПРЛ бывает ощущение быстрых смен масок и образов себя. Сегодня ты один человек, а завтра совсем другой; сложно удерживать ощущение непрерывной личной истории.

Параноидальные состояния, когда весь мир кажется угрозой

Паранойя при ПРЛ выглядит иначе, чем при шизофрении или психозах. Тут нет стойких бредовых идей, скорее эмоциональные вспышки недоверия на фоне стресса. И всё же эти переживания вполне настоящие для самого человека и часто вызывают много боли.

Подозрительность

Вдруг самые близкие начинают казаться опасными: «Зачем он так посмотрел? Он что-то замышляет против меня».

Ощущение преследования

Может показаться – шепчутся за спиной: «Следят? Специально вредят?»

Искажение смысла нейтральных событий

Кто-то засмеялся в офисе: «Обсуждают именно меня»; сообщение коллеги воспринимается как скрытый упрёк.

Страх быть использованным или покинутым

Это классика для ПРЛ. Но иногда тревога усиливается настолько, что превращается в уверенность: «Друзья обязательно предадут или бросят ради кого-то другого».

Идеи личного отношения ко всему

Самые разные внешние события вдруг оказываются свя-

занными лично с вами (реклама по телевизору словно намекает исключительно на вас).

Как всё это переплетается?

Самое неприятное – диссоциация и вспышки паранойи часто закручиваются в порочный круг. Например, если нахлынула дереализация (мир стал чужим и пугающим), тут же может появиться ощущение угрозы со стороны других людей. Или наоборот: если убеждённость в том, что кто-то обязательно навредит становится слишком сильной, мозг может автоматически пуститься в «бегство» и отключить часть восприятия ради спасения от боли.

Проваливаясь одновременно в оба эти состояния, человек уже не способен объективно проверять реальность. Всё кажется немного (или сильно) искусственным, а любое событие интерпретируется через призму угрозы. Изнутри это похоже на попытку выбраться из лабиринта с кривыми зеркалами: каждый новый поворот только запутывает ещё больше.

Такие состояния не просто сложны для понимания близких, человеку внутри них самому невероятно тяжело держаться за почву под ногами. Важно помнить об этом и быть чуть внимательнее к чужим битвам невидимого фронта.

Глава 4.

Психодинамическое направление Отто Кернберга

Давайте разберёмся, что же такого сделал Отто Кернберг и почему его подход, называют одной из вершин современной мысли о личности.

Кернберг не пошёл по пути создания отдельной школы новой терапии — вместо этого он нашёл способ объединить воедино, сразу три большие традиции психоанализа. До него эти подходы были как гордые соседи по лестничной клетке: каждый живёт своей жизнью, на чужую территорию почти не заходит. А Кернберг увидел — все они сейчас нужны друг другу, чтобы по-настоящему разбираться с тяжёлыми случаями личностных расстройств. Из этого объединения, получилось то самое современное психодинамическое направление. А теперь чуть подробнее про три части составляющих.

Первая часть — классический психоанализ З. Фрейда

Зигмунд Фрейд считал, что мы рождаемся с силой влечения к жизни (либидо) и деструктивного влечения к разру-

шению (агрессия).

Кернберг не спорил с тем, что агрессия есть в каждом из нас с рождения, но внёс важную поправку: у людей с тяжёлыми нарушениями личности эта агрессия будто обросла дополнительными слоями — она становится реакцией на глубокие ранние травмы и начинает управлять примитивными защитами психики. Грубо говоря, это уже не просто сила природы, а память о больном прошлом.

Вторая часть — теория объектных отношений М. Кляйн и М. Малер

У Отто Кернберга был такой своеобразный "компас" в подходе к работе с пограничной личностью. Он взял у Мелани Кляйн тонкие инструменты разбора того, как устроена психика — вся история с расщеплением и проективной идентификацией пришла именно от неё. На этом уровне мы, по сути, смотрим, как человек справляется с внутренним хаосом: разносит противоположные чувства в разные «комнаты», делает так, чтобы плохое было где-то снаружи... зачастую даже не осознавая это.

А вот у Маргарет Малер Кернберг подсмотрел другую ключевую вещь — она помогла увидеть, когда всё это обычно закладывается. Если говорить очень грубо — Малер показала, что «поломка» происходит на ранних этапах выхода ребёнка из слияния с матерью, когда отделение «Я» от «Дру-

того» только начинается. То есть теория Кляйн — это про механизмы защиты, а Малер — про этапы развития и тот момент, где что-то пошло не так.

В итоге у Кернберга получилась система: мы понимаем, почему взрослый человек (казалось бы!) использует такие детские способы защиты — потому что в какой-то момент его психика не смогла перейти «на следующий уровень».

Ну и третий столп – Эго-психология

Х. Хартманн, Э. Эриксон и Э. Якобсон предложили фокусироваться на «Я», самостоятельной части психики, которая должна учиться ловко лавировать между внутренними бурями и внешней реальностью. Эго тут – как внутренний дирижёр: оно регулирует эмоции, адаптируется к жизни, защищает нас от тревоги.

Что взял из этого Кернберг? Жёсткий инструментарий оценки зрелости личности: насколько у человека стабильное чувство собственной идентичности; прочны ли его рамки «Я»; способны ли его защиты работать гибко... Именно здесь родились «фирменные» — уровни организации личности, которые стали практической шкалой для диагностики — от невротического

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.