

Терапия, фокусирующаяся на переносе (ТФП) - современный психоаналитический подход для лечения тяжёлых расстройств личности

История метода

Разработка терапии, фокусирующейся на переносе (ТФП), представляет собой значительный этап в эволюции психотерапевтических подходов, направленных на лечение пограничного расстройства личности (ПРЛ). Этот метод был создан под руководством Отто Кернберга и его коллег как ответ на вызовы, с которыми сталкивались традиционные психоаналитические подходы при работе с пациентами, страдающими от тяжелых личностных расстройств.

История ТФП берет начало с клинического опыта работы с пациентами, у которых наблюдались серьезные нарушения в организации личности. Эти пациенты часто демонстрировали сложные паттерны поведения, такие как интенсивная эмоциональная нестабильность, импульсивность, суицидальные попытки и самоповреждение. Ранние исследования показали, что стандартные психоаналитические техники не всегда были эффективными для этой группы пациентов, что привело к необходимости разработки более специализированных методов лечения.

Первоначально ТФП была создана как адаптация классического психоанализа, учитывающая особенности пограничной патологии. Важным шагом в развитии метода стало внедрение видеоиллюстраций и онлайн-ресурсов, которые значительно обогатили образовательные возможности для специалистов. Международное сотрудничество также сыграло ключевую роль в развитии метода. Группы исследователей из разных стран активно обменивались опытом и проводили совместные исследования, что способствовало адаптации ТФП к различным культурным контекстам. Результаты этих исследований подтвердили универсальность и эффективность метода в разных западных культурах.

Важным этапом развития ТФП стало внедрение видеоиллюстраций и онлайн-ресурсов, которые значительно обогатили образовательные возможности для специалистов. Международное сотрудничество также сыграло ключевую роль в развитии метода. Группы исследователей из разных стран активно обменивались опытом и проводили совместные исследования, что способствовало адаптации ТФП к различным культурным контекстам. Результаты этих исследований подтвердили универсальность и эффективность метода в разных западных культурах.

Теоретические основы метода

ТФП базируется на теории объектных отношений, которая рассматривает человеческую психику как структуру, состоящую из внутренних репрезентаций «Я» и других людей. Согласно этой теории, наш внутренний мир формируется через интернализацию ранних отношений с значимыми объектами, прежде всего родителями. Эти интернализированные отношения становятся основой для восприятия себя и окружающих, влияя на все последующие межличностные взаимодействия.

У пациентов с пограничным расстройством личности эти внутренние репрезентации остаются расщепленными, создавая поляризованное восприятие себя и окружающих. Они используют примитивные защиты, такие как расщепление и проективная идентификация, и испытывают серьезные трудности с ментализацией. Нейрокогнитивные исследования подтверждают эти теоретические положения, показывая гиперактивность миндалевидного тела, снижение функционирования префронтальной коры и нарушение регуляции аффектов у таких пациентов.

Основная цель ТФП — помочь пациентам интегрировать расщеплённые и поляризованные внутренние репрезентации «Я» и других, что способствует улучшению регуляции аффектов, повышению способности к ментализации и формированию более устойчивой идентичности.

Показания к применению

ТФП применяется при хронической эмоциональной нестабильности, импульсивном поведении, включая самоповреждение и суицидальные попытки, нарушениях в межличностных отношениях. Метод также эффективен при лечении пациентов с нарциссическим расстройством личности и другими формами патологии личности.

Первоначально ТФП разрабатывалась для лечения пациентов с пограничным расстройством личности, но её принципы могут быть адаптированы и для других личностных расстройств. Основные показания к применению ТФП включают хроническую эмоциональную нестабильность, импульсивное поведение, включая самоповреждение и суицидальные попытки, нарушения в межличностных отношениях, связанные с проекцией внутренних конфликтов.

Терапия проводится в индивидуальном формате, обычно два раза в неделю, и требует от терапевта высокой степени активности и структурированности. Терапевт должен быть способен выдерживать интенсивные аффекты пациента и работать с контрпереносом, чтобы помочь пациенту интегрировать свои переживания.

Отличия от стандартного психоанализа и психоаналитической терапии

ТФП существенно отличается от стандартного психоанализа и психоаналитической терапии в нескольких ключевых аспектах, особенно при работе с пограничной патологией и тяжёлыми расстройствами личности. Одним из главных отличий является уровень структурированности и активности терапевта. В то время как классический психоанализ предполагает большую свободу ассоциаций и минимальное вмешательство терапевта, ТФП требует от терапевта активного участия в процессе, включая использование техник прояснения, конфронтации и интерпретации.

Другое важное отличие заключается в фокусе терапии. В то время как психоанализ может затрагивать широкий спектр тем и проблем, ТФП сосредотачивается на анализе переноса и внутренних объектных отношений. Это позволяет терапевту более целенаправленно работать с диссоциированными аспектами личности пациента и способствовать их интеграции.

Кроме того, ТФП включает в себя четко определенный терапевтический контракт, который устанавливает рамки терапии и помогает контролировать отыгрывание. Этот элемент особенно важен при работе с пациентами с пограничной патологией, у которых часто наблюдаются проблемы с границами и импульсивное поведение.

Особенности диагностики в ТФП

Диагностический процесс в терапии, фокусированной на переносе (ТФП), представляет собой сложный и многослойный механизм, направленный не только на выявление симптомов, но и на глубинное понимание внутренней структуры личности пациента. Одним из ключевых инструментов диагностики является структурное интервью, разработанное Отто Кернбергом, а также его более стандартизированная версия — STIPO-R (Structured Interview for Personality Organization — Revised). Эти методы позволяют терапевту получить всестороннее представление о внутреннем мире пациента, его способности к саморефлексии, организации идентичности и характерных защитных механизмах.

Структурное интервью Кернберга

Структурное интервью, предложенное Кернбергом, представляет собой гибкий, но строго организованный диагностический инструмент, который позволяет исследовать психическую структуру пациента "здесь и сейчас". Оно фокусируется на трёх основных аспектах: интеграции или диффузии идентичности, характерных защитных механизмах и уровне тестирования реальности. Интервью проводится в три этапа, каждый из которых направлен на выявление определённых особенностей внутреннего мира пациента.

На первом этапе терапевт задаёт пациенту открытые вопросы, такие как: "Что привело вас сюда?", "Каков весь спектр ваших проблем и трудностей?" и "Каковы ваши ожидания от лечения?". Эти вопросы помогают оценить когнитивное функционирование пациента, его способность к самоанализу и наличие возможных дефицитов. Например, пациент с пограничным расстройством личности может испытывать трудности с одновременным ответом на несколько вопросов, что указывает на нарушения в организации мышления.

Второй этап интервью требует от пациента описать себя и значимого другого человека. Это задание помогает оценить уровень интеграции идентичности. Пациент с интегрированной идентичностью способен предоставить насыщенное и многогранное описание, в то время как пациент с диффузией идентичности ограничивается поверхностными характеристиками. Этот этап также позволяет выявить поляризованные восприятия других людей, такие как идеализация или обесценивание.

Третий этап фокусируется на исследовании внутренних конфликтов и их экстернализации. Терапевт наблюдает за тем, как пациент взаимодействует с ним во время интервью, какие аффекты проявляются, и как пациент реагирует на тактичные конфронтации. Этот процесс создаёт достаточное напряжение, чтобы проявилась доминирующая защитная организация психического функционирования.

Особенностью структурного интервью является его цикличность: терапевт может возвращаться к одним и тем же проблемам в разных контекстах, постепенно углубляя

понимание внутреннего мира пациента. Такая гибкость делает интервью мощным инструментом для диагностики пограничной патологии.

СТИРО-R: Полуструктурированное интервью

Для клиницистов, которые не имеют специальной подготовки в проведении структурного интервью, а также для исследовательских целей был разработан STIPO-R — полуструктурированное интервью, которое предоставляет стандартизированный подход к оценке ключевых областей личностной организации. Этот инструмент состоит из ряда заранее определённых вопросов, направленных на исследование семи ключевых элементов: идентичности, копинга и ригидности, примитивных защит, тестирования реальности, качества объектных отношений, агрессии и морального функционирования.

СТИРО-R позволяет объективно оценить уровень личностной организации, различая невротическую организацию личности (НОЛ), высокоуровневую и низкоуровневую пограничную организацию личности (ПОЛ). Хотя этот метод менее гибок, чем структурное интервью, он предоставляет возможность для систематической оценки и сравнения данных между пациентами.

Например, при оценке идентичности STIPO-R исследует, насколько пациент способен описать себя последовательно и многогранно, а также насколько его представления о других людях стабильны и реалистичны. При анализе примитивных защит особое внимание уделяется таким механизмам, как расщепление, проективная идентификация и всемогущий контроль. Эти данные помогают терапевту составить детальную картину внутреннего мира пациента и разработать индивидуальный план лечения.

Интеграция диагностических данных

Результаты структурного интервью и STIPO-R дополняют друг друга, предоставляя терапевту комплексное понимание личностной организации пациента. Эти инструменты позволяют не только выявить симптомы, но и понять их корни в нарушенных отношениях внутренних объектов. Именно эта глубина диагностики делает ТФП особенно эффективной для работы с пограничной патологией, где традиционные методы часто оказываются недостаточными.

Механизм и траектория изменений

Процесс терапии демонстрирует несколько важных механизмов изменений. Прежде всего, происходит интеграция расщепленных частей личности через последовательную работу с переносом. Пациенты начинают осознавать и принимать противоречивые аспекты собственной личности, что приводит к формированию более связного чувства "Я". Значительный прогресс наблюдается в развитии способности к ментализации. Улучшается регуляция аффектов: развивается способность выдерживать и обрабатывать интенсивные эмоции, снижается импульсивность и контроль над деструктивным поведением.

Формирование более зрелых объектных отношений становится еще одним важным результатом терапии. Пациенты переходят от поляризованного восприятия к более интегрированному, развивают способность поддерживать стабильные межличностные

отношения и улучшают качество привязанности. Это особенно важно для их социальной адаптации и качества жизни.

Эмпирические исследования показывают значительное снижение частоты суицидальных и парасуицидальных действий, улучшение регуляции аффектов, снижение уровня депрессии и тревоги. Особенно заметен прогресс в повышении способности к ментализации и улучшении социального функционирования. В рандомизированных контролируемых исследованиях ТФП продемонстрировала свою эффективность по сравнению с другими методами лечения.

Особое внимание уделяется улучшению рефлексивного функционирования у пациентов в ходе ТФП. Рефлексивное функционирование — это способность осмысливать психические состояния себя и других, которая у пациентов с ПРЛ часто нарушена. Исследования показывают, что ТФП значительно повышает уровень рефлексивного функционирования, что является ключевым механизмом изменений при лечении пограничного расстройства личности.

Также важным аспектом является изменение стилей привязанности. В начале терапии пациенты с ПРЛ часто демонстрируют небезопасные, множественные, противоречивые и конфликтные модели привязанности. Цель терапии — движение пациента в сторону более безопасной привязанности. Это достигается через активацию первичных внутренних рабочих моделей привязанности в терапевтической ситуации, что способствует развитию более стабильных и зрелых отношений как с терапевтом, так и с другими людьми в жизни пациента.

Заключение

Терапия, фокусированная на переносе, представляет собой мощный инструмент для лечения пограничного расстройства личности. Её структурированный подход, основанный на теории объектных отношений и нейрокогнитивных исследованиях, позволяет пациентам интегрировать расщеплённые аспекты своей личности и улучшить качество жизни. ТФП продолжает развиваться, и её эффективность подтверждается как клиническими наблюдениями, так и эмпирическими исследованиями.

Метод уникален тем, что он сочетает в себе глубину психоаналитического подхода с практической направленностью и структурированностью, необходимой для работы с тяжёлыми расстройствами личности. Перспективы использования и исследования ТФП в России связаны с адаптацией метода к местным культурным особенностям и дальнейшим изучением его эффективности в различных клинических контекстах.

Литература

1. Йоманс, Ф., Дж. Кларкин, О. Ф. Кернберг. Психотерапия, фокусированная на переносе, для пограничного расстройства личности. Клиническое руководство. Группа партнёров Psy Event, Москва, 2018.
2. Akhtar S: Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1992.
3. Auchincloss EL, Samberg E. Psychoanalytic Terms and Concepts. New Haven, CT, Yale University Press, 2012.
4. Jacobson E: Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal 27:99–110, 1946.

5. Lenzenweger MF, Clarkin JF (под редакцией): Major Theories of Personality Disorder. New York, Guilford, 2005.
6. Kernberg OF: Psychoanalysis: Freud's theories and their contemporary development, глава в New Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd Edition, Vol 1. Под редакцией Gelder MG, Andreasen NC, Lopez-Ibor Jr JJ, et al. Oxford, UK, Oxford University Press, 2009.
7. Klein M: Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal 27:99–110, 1946.