

ПОЛЕ ДЛЯ ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ (ЖЕЛТОЕ)

210X74,25

РЕКЛАМУ НАДО ПРИСЫЛАТЬ С ОБРЕЗАМИ 220x79,25

обрезается по 5 мм слева и справа , и 5 мм сверху

необходимо учитывать, что текст от обреза должен отступать
приблизительно на 5 мм

личности правонарушителей, отбывающих тюремное наказание, обнаружило признаки, достаточные для диагностики ПРЛ, у 29.5% обследованных в соответствии с собственными критериями исследователей и у 93.2% заключенных в соответствии с требованиями DSM-IV.

Таким образом, ПРЛ имеет достоверно большую распространенность, чем это ранее считалось, причем она существенно выше, чем у шизофрении и биполярных расстройств, и, следовательно, значительная часть населения либо сама обнаруживает признаки ПРЛ, либо имеет родственные, дружеские или супружеские связи с лицами, страдающими данным заболеванием. Все это возводит ПРЛ в ранг существенной медицинской и общественной проблемы.

Выделение пограничной как самостоятельной группы больных впервые произошло в эпоху доминирования психоаналитической парадигмы. В рамках существовавшей тогда примитивной классификации психических заболеваний, базировавшейся на принципах возможности излечения посредством психоанализа, пациенты с неврозами рассматривались как способные к анализу, и соответственно, излечимые, больные, страдавшие психозами, считались не способными к анализу, и потому неизлечимыми (Gunderson, 2009).

Stern (1938) и Knight (1953), впервые применившие термин «пограничный», сформулировали первичное клиническое представление о пограничном конструкте, чертами которого являются проекция всемогущего объекта (грандиозный, всемогущий и всезнающий аналитик), возникновение страха, если ошибочные действия терапевта мешают проекции всемогущего объекта, а также превращение в этом случае всемогущего хорошего объекта во враждебный (теория расщепления), близкая к психотической

внес Otto Kernberg (1967), занимавшийся исследованием границ возможностей психоанализа. В рамках предложенной им концепции уровня организации личности пограничный, или средний уровень, ограничивался, с одной стороны, пациентами, имевшими признаки психотической структуры личности, а с другой, здоровыми и лицами с невротической организацией. Под пограничной личностной организацией понималась широкая форма психопатологии, определяемая общими примитивными механизмами психологической защиты (расщепление, проективная идентификация), диффузией идентичности и ошибками в тестировании реальности. Kernberg (1968) считал, что этих пациентов можно успешно лечить посредством психоаналитической психотерапии.

Несмотря на сохраняющиеся сомнения относительно существования этого расстройства, психоаналитические подходы внесли важный вклад в понимание пограничных конструктов, переживший проверку временем, в первую очередь в отношении признания этих пациентов «стабильно нестабильными» (Schmideberg, 1959), их отчаянных попыток присоединиться к другим лицам как переходным объектам (Modell, 1964); их неустойчивого, часто искаженного чувства самого себя и других, а также доминирующего страха отказа и отвержения, но, главное, понимания расщепления как базового феномена этих расстройств (Gunderson, 2009)

Ответ на вопрос «Пограничный с чем?» варьировал с течением времени. Проведенные в начале 70-х годов XX века исследования показали, что родство ПРЛ с шизофренией маловероятно: пациенты остро нуждаются в межличностных отношениях, очень эмоциональны, вне стрессовых ситуаций не выявляют психотических симптомов (Gunderson, 1991). С учетом высокой частоты депрессивных жалоб у этих больных, Akiskal et al. (1985) отмечали:

ПОЛЕ ДЛЯ ПОЛЕЗНОЙ ИНФОРМАЦИИ (ЖЕЛТОЕ)

210X74,25

РЕКЛАМУ НАДО ПРИСЫЛАТЬ С ОБРЕЗАМИ 220x79,25

обрезается по 5 мм слева и справа , и 5 мм снизу

необходимо учитывать, что текст от обреза должен отступать
приблизительно на 5 мм