

Нарушения социального познания при пограничном расстройстве личности как важная мишень психотерапии

К.Е. Бениашвили¹, А.Б. Холмогорова^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», кафедра клинической психологии и психотерапии, Москва, Россия

² Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, лаборатория клинической психологии и психотерапии, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ.

В статье дан краткий обзор современных исследований нарушений социального познания при пограничном расстройстве личности (ПРЛ), приведены данные сравнительного эмпирического исследования нарушений социального познания у пациентов с ПРЛ и в популяционной выборке. Обсуждается вопрос специфики нарушений социального познания при ПРЛ и обусловленный этой спецификой выбор мишеней психотерапии.

Методика. Всего было обследовано 87 человек, из них 37 пациентов с диагнозом F 60.31 по МКБ 10 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, и 50 человек из популяционной выборки комплексом из трех методик: Шкала дисфункциональных убеждений (PBQ-BPD), тест «Понимание психического состояния по глазам» (Eyes test), шкала «Индекс межличностной реактивности» (Interpersonal Reactivity Index – IRI).

Результаты. Выявлено, что, хотя количество ошибок распознавания психического состояния человека по глазам не различается в клинической и популяционной выборках, качество ошибок у пациентов с ПРЛ имеет свою специфику – такие больные наиболее склонны к негативным интерпретациям. Показано, что пациенты с ПРЛ оценивают себя как склонных к большему проявлению эмпатической заботы и более высокому уровню дистресса при столкновении с ситуациями переживания сильных негативных эмоций другими людьми. Выявленные связи между чертами ПРЛ и показателями эмпатии позволяют выдвинуть предположения относительно механизмов ее нарушений.

Выводы. Необходима целенаправленная психотерапевтическая работа с негативными интерпретациями, направленная на снижение общего уровня стресса в процессе коммуникаций у больных с ПРЛ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: пограничное расстройство личности, социальное познание, эмпатия, эмпатический дистресс, психотерапия

КОНТАКТЫ: k.beniashvili@gmail.com, psyllab2006@yandex.ru

Актуальность

Люди, страдающие пограничным расстройством личности (ПРЛ), в силу определенных психических причин не могут построить вокруг себя гармоничные социальные связи. Они импульсивны, часто проявляют агрессию, имеют интенсивные и частые смены настроения, их отношения с другими нестабильны и непредсказуемы, непредсказуемы также и их социальные планы. Эти феномены состоят из различных негативных эмоций: сменяющих друг друга страха, гнева, тревоги, депрессии, чувства вины и стыда с неконтролируемой интенсивностью и продолжительностью. Это тяжелое личностное расстройство манифестирует в раннем подростковом возрасте и также характеризуется нестабильными межличностными отношениями и разрушительными, угрожающими жизни формами поведения [1, 2].

ПРЛ проявляется в стремительном колебании от доверия к отчаянному параноидальному недоверию, от зависимости и страха быть покинутым и отверженным к агрессии и разрыву отношений. Заболевание опасно тем, что 75 % страдающих им людей характеризуются самоповреждающим поведением [3]. В симптоматике ПРЛ также присутствуют преходящие психотические симптомы, в том числе кратковременные бред и галлюцинации. Последние эпидемиологические

исследования показывают тесную связь ПРЛ с расстройствами биполярного спектра [4, 5], а также ауто- и гетероагрессивным поведением, связанным с симптомами смешанных аффективных состояний [6].

ПРЛ является тяжелой формой психического расстройства, затрагивающего от 2,7 до 5,9 % общей численности населения. ПРЛ страдает на 50 % больше людей, чем от болезни Альцгеймера, и почти столько же, сколько от шизофрении и биполярного расстройства вместе взятых (2,25 %). Количество заболевших ПРЛ пациентов, поступающих в психиатрические больницы, составляет 20 %, 10 % пациентов находятся на амбулаторном психиатрическом лечении [7, 8].

ПРЛ характеризуется серьезными трудностями в межличностных отношениях и эмоциональном функционировании, поэтому предполагается, что индивиды с ПРЛ обладают повышенными эмоциональной чувствительностью и стресс-реактивностью, а также имеют проблемы в понимании намерений других людей [9].

На сегодняшний день существуют эмпирические данные, указывающие на то, что нарушения социального познания или дефициты в ментализации все же позволяют пациентам с ПРЛ сохранять способность к распознаванию эмоций в случае, если ситуация не является стрессовой, а сама задача – сложной.

Исследования с помощью проективных методик ТАТ (Тематический апперцептивный тест) и нарративов [10, 11] указывают на то, что пациенты с ПРЛ способны совершать сложные умышленные атрибуции чужих действий, хотя они и воспринимают других людей в более негативном свете в сравнении с контрольной группой [12, 13]. Одним из факторов их негативной эмоциональности является повышенная межличностная сензитивность с акцентом на негативной информации и ее искажениях. Например, они склонны оценивать эмоционально-нейтральное выражение лица как выражающее гнев или отвержение [14]. При этом социальные дисфункции при ПРЛ являются очень глубокими и устойчивыми [15].

В настоящее время аномальное социальное познание признается ключевой чертой как психотических расстройств, так и расстройств аффективного спектра [16, 17]. С учетом важности социального познания в поддержании межличностных отношений и терапевтического альянса эти нарушения заслуживают большего внимания.

Нарушения социального познания при ПРЛ

Искаженное социальное познание – это основная проблема, лежащая в основе неполноценных межличностных отношений [18]. Любое социальное взаимодействие является двунаправленным процессом: человек как отправляет, так и получает социальные сигналы. Способность адекватно воспринимать и обрабатывать эти социальные сигналы (осознанно или неосознанно) зафиксирована в понятии процесса социального познания [19, 20]. Развитие этого процесса зависит от интерпретации социальных сигналов, включая не только язык (содержание и тон), но также мимику и жесты. Более того, способность адекватно обрабатывать социальные сигналы является предпосылкой способности сознательно или бессознательно генерировать соответствующие ответы.

Главной проблемой в изучении социального взаимодействия являются разработка и проведение эмпирических исследований, близких к реальным жизненным условиям, экологически валидных, с последовательным набором базовых теоретических конструктов, которые способны охватить основные аспекты искаженного восприятия, характерного для ПРЛ.

В 2010 г. группа немецких ученых провела исследование с помощью методики «Фильм для оценки социального познания» (Movie for the Assessment of Social Cognition – MASC) [21], в котором отражаются множественные социальные взаимодействия между несколькими людьми и предлагается заполнить опросник. MASC позволяет эмпирически оценивать распознавание испытуемыми намерений, эмоций и мыслей героев фильма, а также анализировать социальное познание более комплексным и экологически валидным способом. В то время как с помощью Eyes test не удалось обнаружить существ-

венных нарушений социального познания у больных с ПРЛ, тест MASC показал четко выявляемые серьезные нарушения в распознавании эмоций и социальном познании в целом. Пациенты с ПРЛ имели сниженную способность в распознавании чувств, мыслей и намерений героев фильма [13].

Существуют данные, свидетельствующие о том, что пациенты с ПРЛ прекрасно владеют способностью распознавать аффективные психические состояния других людей, но в то же время показывают меньшую успешность по сравнению с контрольной группой в способности распознавать ментальные состояния без помощи эмоциональной информации [22].

Такие разнородные данные в отношении состояния социального познания при ПРЛ могут быть объяснены следующим допущением. Социальное познание представляет собой сложный предмет исследования, компоненты которого гетерогенно актуализируются в разных тестовых заданиях. Часть процессов при этом обнаруживают дефицит, а часть – больший ресурс, чем в группах сравнения.

Эмпатия как важный конструкт в процессах социального познания

При ПРЛ одной из черт, характеризующих социальное познание, служит пограничная эмпатия. Эмпатия – это конструкт, который захватывает широкий диапазон процессов социального познания и включает в себя как минимум два компонента [23, 24]. Первый – когнитивный – компонент позволяет человеку строить догадки относительно чужих психических состояний, а также предполагает видение ситуации с точки зрения другого человека, иными словами, это процесс ментализации или моделирования психического состояния [25]. Второй – аффективный – компонент представляет собой эмоциональные реакции на эмоциональное состояние другого человека [25, 26].

Аффективная эмпатия наблюдается уже у новорожденных, в то время как процессы когнитивной эмпатии возникают на более поздних этапах развития. В нормальном или адаптивном проявлении аффективная эмпатия приводит к возникновению сочувствия в ответ на переживания другого человека [26, 27].

Когнитивная эмпатия предполагает наличие связанных, но не идентичных конструктов ментализации, т. е. умение отличать свое эмоциональное состояние от эмоциональных состояний других людей [25], и характеризуется точностью эмпатии, которая позволяет делать выводы о связи чувств и поведения других людей [28]. Наличие этого когнитивного аспекта эмпатии, как правило, ассоциируется с позитивными социальными моделями поведения, такими как сотрудничество, оказание социальной поддержки и волонтерство [29].

Людям, страдающим ПРЛ, по сравнению с контрольной группой свойственно оценивать персонажей экспериментальных фильмов как более негативных

и более агрессивных [30]. Кроме того, исследования, ориентированные на искаженное восприятие ситуации, показали, что пациентам с ПРЛ свойственна тенденция предполагать, что «мир и другие люди опасны и имеют агрессивные намерения» [31, 32].

В целом исследования нарушений когнитивной эмпатии при ПРЛ указывают на искажения в восприятии других людей. Оценка других смещается в сторону отрицательных, недоброжелательных, подозрительных намерений, особенно выделяются темы неприятия, отвержения и абьюза. Характерная черта аномального социального познания при ПРЛ – смещение в сторону более крайних негативных оценок окружающих. Исследования с помощью шкал самоотчета указывают на то, что пациенты с ПРЛ сами ощущают дефицит в когнитивной эмпатии [33].

Исследования, посвященные нарушениям социального познания при ПРЛ, активно проводятся за рубежом, но до последнего времени в очень малом количестве осуществлялись в отечественной психологии.

Цель исследования – выявление связи выраженных черт ПРЛ с нарушениями социального познания у пациентов, имеющих диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности, пограничный тип (по МКБ 10 – F 60.31).

Задачи исследования:

1) провести эмпирическое исследование выраженности черт ПРЛ в клинической и популяционных группах;

2) изучить связь между выраженностью черт ПРЛ и нарушениями социального познания в клинической выборке.

Гипотезы:

1) существует статистически значимая связь между выраженностью черт ПРЛ и нарушениями социального познания;

2) пациенты с ПРЛ склонны воспринимать нейтральные стимулы как враждебные и негативные.

Методики исследования

Для оценки выраженности черт ПРЛ

Шкала дисфункциональных убеждений (PBQ-BPD), разработанная Э. Батлером в 2002 г. и адаптированная в ряде отечественных исследований [34, 35]. Метод основывается на положении А. Бэка о том, что для расстройств личности являются диагностическими специфические наборы дисфункциональных убеждений. Испытуемому предлагалось оценить свою степень согласия с каждым из 14 убеждений по четырехбалльной шкале. В результате факторизации [36] опросника (PBQ-BPD) из его 14 вопросов было выявлено три основных субшкалы: 1) «зависимость» – отражающая убеждение, что человек беспомощен без постоянной поддержки со стороны других людей; 2) «недоверие» – ожидание предательства и непорядочности со стороны других людей; 3) «защита» – взгляд, согласно которому

необходимы предупредительные шаги, чтобы предотвратить нападение, игнорирование или отвержение [36]. Субшкалу «защита» также можно интерпретировать как характеризующую импульсивное поведение [35].

Для выявления нарушений социальных когний

1. Тест «Понимание психического состояния другого по глазам» (Reading the mind in the Eyes), или сокращенно – тест «Глаза» (Eyes test) [37], направленный на диагностику понимания ментального состояния человека по его взгляду. Применялся сокращенный вариант из 16 карточек, валидизированный на российской выборке [38]. На каждой карточке изображены глаза человека и небольшое пространство вокруг них. Испытуемому предлагалось оценить эмоциональное состояние человека и выбрать один из четырех вариантов ответа, где единственный вариант является правильным, а другие ответы имеют сходные оттенки.

2. Шкала «Индекс межличностной реактивности» (Interpersonal Reactivity Index – IRI) – многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса (адаптация Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской, Т.Д. Карягиной [39]). IRI представляет собой опросник, базирующийся на самоотчете, и включает четыре шкалы, три из которых можно рассматривать как направленные на диагностику эмпатических способностей (к фантазиям о воображаемых персонажах и сопереживании им; к децентрации, т. е. умению взглянуть на ситуацию глазами другого; к эмпатической заботе – действительному сочувствию и помощи); четвертая шкала характеризует склонность к переживанию эмпатического дистресса, т. е. заражению негативными эмоциями других, что в ряде обстоятельств, напротив, становится препятствием к адекватной помощи другому. Испытуемому предлагается оценить каждый из 28 пунктов, основываясь на том, насколько хорошо данное утверждение ему подходит – в градации пяти пунктов: от «Совсем мне не подходит» до «Очень точно меня описывает».

Характеристика обследованной группы

Популяционная выборка. В исследовании принимали участие 50 студентов психологического вуза, получающие второе высшее психологическое образование, ни разу не обращавшиеся за психологической или психиатрической помощью, что определило специфику данной выборки. Средний возраст – 32 года.

Клиническая группа. 37 пациентов с диагнозом F 60.31 по МКБ 10 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип. Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая больница № 14 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПБ № 14 ДЗМ»). Пациенты наблюдались в двух отделениях (санаторном и остром). Средний возраст пациентов – 32 года. Группы значительно не различались между собой по среднему возрасту и гендерному составу испытуемых.

Исследование распространенности черт ПРЛ в клинической и популяционной выборках

Результаты исследования представлены в табл. 1.

Из данных табл. 1 следует, что в выборке здоровых испытуемых преобладает группа студентов без выраженных черт ПЛР и со слабой выраженностью черт ПРЛ – 70 %. В группе больных, напротив, преобладают лица с сильно и средне выраженными чертами ПРЛ (54 %).

Для сравнения показателей эмпатии из популяционной группы были удалены испытуемые с сильно и средне выраженными чертами ПРЛ, после чего

в ней осталось 35 человек. Методом случайных чисел из оставшейся группы удалено пятеро респондентов мужского пола для приведения выборок к репрезентативности, после чего она была обозначена как популяционная группа без выраженных черт ПРЛ ($N = 30$) – эта группа была взята в качестве контрольной (табл. 2).

Анализ социологических данных (см табл. 2) показал, что пациенты с ПРЛ реже создают семьи и заводят детей, а также реже заканчивают вузы, чем испытуемые из популяционной группы.

Результаты сравнения выраженности различных черт ПРЛ в контрольной и экспериментальной группах приведены в табл. 3.

Как следует из табл. 3, все черты ПРЛ более выражены у пациентов клинической группы, однако

Таблица 1. Выраженность черт ПРЛ в клинической и популяционной группах

Выраженность черт ПЛР	Клиническая группа		Популяционная группа	
	Число испытуемых из общего числа $N = 37$	Доля испытуемых, %	Число испытуемых из общего числа $N = 50$	Доля испытуемых, %
Отсутствует (0–10 баллов)	6	16	18	36
Слабая (11–20 баллов)	11	30	17	34
Средняя (21–30 баллов)	16	43	14	24
Сильная (31–56 баллов)	4	11	5	6

Таблица 2. Социологические данные обследованных групп

Показатель		Клиническая группа ($N = 37$)	Популяционная группа ($N = 30$)
Наличие высшего образования	Количество человек	17	30
	Доля, %	46	100
Наличие семьи	Количество человек	8	20
	Доля, %	22	57
Наличие детей	Количество человек	10	11
	Доля, %	27	31

Таблица 3. Выраженность черт ПРЛ по шкалам опросника дисфункциональных убеждений Батлера в клинической и популяционной группах

Шкалы опросника дисфункциональных убеждений Батлера	$M (SD)$		Значимость различий между группами (U -критерий Манна – Уитни)
	Клиническая группа ($N = 37$)	Популяционная группа ($N = 30$)	
Зависимость	5,70 (3,785)	2,63 (2,025)	0,000
Недоверие	8,89 (4,496)	6,13 (1,833)	0,002
Защита	5,27 (3,396)	3,33 (2,202)	0,010
Общий балл ПРЛ	19,86 (9,117)	12,10 (4,310)	0,000

M (mean) – среднее;

SD – среднее квадратичное отклонение.

Таблица 4. Наиболее распространенные дисфункциональные убеждения в клинической и популяционной группах (в баллах)

Убеждения	Клиническая группа (N = 37)	Популяционная группа (N = 30)
1. Если люди узнают меня поближе, они поймут, какой я на самом деле, и отвергнут меня	37	30
2. Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля	62	50
3. Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их	48	29
4. Я несостоятелен и слаб	44	23
5. Мне нужно, чтобы возле меня был кто-то, кто всегда помогал бы мне выполнять то, что мне нужно сделать, а также на случай, если произойдет что-то плохое	76	42
6. Я беспомощен, если остаюсь один	42	16
7. Я не могу справиться со всем, как другие	49	27
8. Люди причинят мне зло, если я не опережу их и не причиню зло им	15	9
9. На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстремальным образом	33	20
10. Я не могу доверять другим людям	45	14
11. Мне всегда нужно быть начеку	70	50
12. Люди обманут и используют меня, если только я дам им шанс	52	28
13. Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое	85	64
14. Близкий мне человек может оказаться неверным и предать меня	77	52

склонность к психологической защите не различается на статистически значимом уровне.

Данные по выраженности разных убеждений в двух сравниваемых группах приведены в табл. 4.

Исходя из данных табл. 4 можно заключить, что в популяционной группе все дисфункциональные убеждения менее выражены по сравнению с клинической. Однако некоторые убеждения набрали высокий балл и достаточно характерны и для испытуемых контрольной группы: «Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля», «Мне всегда нужно быть начеку» и «Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое», «Близкий мне человек может оказаться неверным и предать меня».

Таблица 5. Сравнение средних по тесту «Глаза» в клинической и популяционной группах

Показатель	Клиническая группа (N = 37)	Популяционная группа (N = 30)
M	11,78	12,33
SD	2,123	2,617
min	7	7
max	16	16

M (mean) – среднее;

min – минимальное количество правильных ответов по тесту «Глаза» из 16 возможных;

max – максимальное количество правильных ответов по тесту «Глаза» из 16 возможных;

SD – среднее квадратичное отклонение.

Исследование социального познания в клинической и популяционной группах

Для исследования социального познания использовался тест «Глаза», мы измеряли количество правильных ответов из 16. Для здоровых испытуемых средний показатель равен 13 – данные получены в ходе апробации методики на российской выборке [38].

Результаты сравнения средних по тесту «Глаза» в клинической и популяционной группах представлены в табл. 5.

Проверка гипотезы по критерию Манна – Уитни, что между группами есть статистические различия по тесту «Глаза», показывает отсутствие значимых различий, но наличие таковых на уровне тенденции к статистической значимости ($U = 0,223$, уровень значимости 0,05).

Из полученных данных можно сделать вывод, что минимальное и максимальное количество правильных ответов по тесту «Глаза» одинаковы среди здоровых испытуемых и пациентов с ПРЛ. Средний балл по тесту «Глаза» в группах также является очень близким по значению. Мы можем сказать, что результаты клинической группы незначительно ниже нормы и отличаются от нее лишь на уровне тенденции к статистической значимости ($p < 0,1$), находясь на ее нижней границе. Важно отметить, что исследование больных шизофренией и биполярным аффективным расстройством с помощью данной методики показало наличие статистически значимых различий с группой здоровых испытуемых [40].

Качественный анализ и сравнение наиболее распространенных ошибочных выборов по тесту «Глаза»

Несмотря на то что между данными популяционной и клинической групп отсутствуют статистически значимые различия по тесту «Глаза», мы провели качественную оценку ответов, в результате чего стало видно, что пациентам с ПРЛ действительно свойственно выбирать более негативные, агрессивные, обвиняющие, тревожные ответы среди в целом нейтральных или доброжелательных стимулов.

Можно отметить также, что наибольшее количество ошибок (более 27 %) в популяционной группе приходится на четыре карточки из 16, в то время как в клинической группе их количество вдвое больше – 8. Так, карточку «озабоченный» 38 % пациентов с ПРЛ склонны воспринимать как «виноватый», в то время как среди здоровых испытуемых таких ответов только 13,5 и 73 % здоровых испытуемых определяют ее правильно. Карточку «серьезный» ошибочно интерпретируют как «обеспокоенный» 30 % пациентов с ПРЛ, в популяционной выборке таких ответов 13 %.

В целом качественный анализ ошибочных выборов подтверждает нашу гипотезу и данные западных исследований о том, что люди, страдающие ПРЛ, имеют склонность воспринимать действительность в более негативном ключе. Средний процент ошибочных выборов в контрольной и исследуемой группах – 22 и 26 % соответственно.

Исследование эмпатии в клинической и популяционной группах

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI» в популяционной и клинической группах представлены в табл. 6. Напомним, что речь идет о субъективной оценке больными своих эмпатических способностей.

Сравнение средних показателей по шкалам «Смена позиции» и «Фантазирование» не выявило статистически значимых различий между группами. Однако по шкалам «Эмпатическая забота» и «Эмпатический дистресс» показатели в группе пациентов с ПРЛ выше, чем у здоровых испытуемых. Исходя из имеющихся клинических данных и исследований,

Таблица 6. Сравнение показателей межличностного индекса реактивности в клинической и популяционной группах

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	Клиническая группа (N = 37)	Популяционная группа (N = 30)	Значимость различий между группами (U-критерий Манна – Уитни)
	M (SD)	M (SD)	p
Смена позиции	16,46 (4,947)	15,73 (3,194)	0,522
Фантазирование	17,57 (5,757)	16,53 (4,681)	0,429
Эмпатическая забота	19,05 (2,934)	17,47 (3,048)	0,041*
Эмпатический дистресс	14,95 (4,642)	11,43 (4,688)	0,009*

* Уровень значимости 0,05.

Таблица 7. Корреляции между шкалами опросника дисфункциональных убеждений Батлера и показателями межличностного индекса реактивности в клинической группе (N = 37)

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	Шкалы опросника дисфункциональных убеждений Батлера			
	Зависимость	Недоверие	Защита	Общий балл ПРЛ
Смена позиции	-0,191	-0,389*	-0,310	-0,363*
Фантазирование	0,104	0,288	-0,122	0,083
Эмпатическая забота	0,037	-0,021	-0,145	-0,012
Эмпатический дистресс	0,567**	0,387*	0,321	0,440**

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

max – максимальное количество правильных ответов по тесту «Глаза» из 16 возможных;

SD – среднее квадратичное отклонение.

Таблица 8. Корреляции между шкалами опросника дисфункциональных убеждений и тестом «Глаза» в клинической группе ($N = 37$)

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	Общий балл по тесту «Глаза»	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Смена позиции	0,034	0,842
Фантазирование	0,399*	0,014
Эмпатическая забота	0,087	0,609
Эмпатический дистресс	0,196	0,245

* Корреляция значима на уровне 0,05.

можно предположить, что пациенты с ПРЛ склонны переоценивать свою способность к пониманию других людей и готовности помочь им в трудной ситуации, но более точно оценивают свою склонность к напряжению и тревоге в ситуациях эмоционально насыщенного общения.

В табл. 7 представлены результаты корреляционного анализа связи между выраженностью черт ПРЛ и субъективно оцениваемым уровнем эмпатических способностей.

Существует отрицательная значимая связь между способностью к смене позиции и общим показателем ПРЛ, а также выраженностью такой черты, как недоверие, т. е. чем выше ожидание предательства и непорядочности со стороны других людей, тем более затруднителен процесс восприятия, понимания, учета точки зрения другого человека. Патологическое недоверие и негативные ожидания снижают способность человека к децентрации, также постоянное ожидание предательства со стороны других людей и недоверие к ним обостряет у лиц, страдающих ПРЛ, чувство тревоги в ситуациях общения.

Напротив, показатель эмпатического дистресса положительно коррелирует почти со всеми чертами ПРЛ, что отражает склонность к постоянному напряжению в межличностном общении у людей с чертами ПРЛ. То есть чем выше ощущение беспомощности без постоянной поддержки со стороны других людей, склонность представлять в фантазии разные ситуации взаимодействия с ними, тем выше тревога и дискомфорт, возникающие в социальной ситуации взаимодействия.

Однако именно склонность к представлению, фантазиям о чувствах и мыслях других людей оказалась напрямую связана со способностью к распознаванию психического состояния других людей по глазам (табл. 8).

Обсуждение результатов

По результатам исследования можно заключить, что группу здоровых респондентов составили лица без выраженных черт ПРЛ (36 %) и со слабой их выраженностью (34 %). Что касается клинической группы, то в выборке преобладают лица со средней выраженностью черт ПРЛ (43 %). 30 % пациентов по шкале

дезадаптивных убеждений при ПРЛ показали слабую выраженность черт пограничного расстройства. Возможные ограничения данной методики связаны со специфической для пограничного расстройства личности организацией регуляции психических процессов. Чрезвычайно высокий вклад в эту регуляцию вносят такие психические процессы, как зависть и стыд. Для защиты от этих разрушительных паттернов лица с ПРЛ нередко формируют отрицание тех аспектов своей личности, которые расходятся с идеальным образом себя.

Результаты исследования нарушений социального познания – совпали с результатами многих зарубежных работ [37, 41–43]. Из полученных данных можно сделать вывод, что средний балл по тесту «Глаза» в обеих группах близок по значению, проверка по критерию Манна – Уитни гипотезы о том, что между группами есть статистические различия по тесту «Глаза», показывает отсутствие значимых различий, однако такие различия присутствуют на уровне тенденции к статистической значимости.

Полученные результаты можно объяснить следующим образом. Во-первых, респонденты нашей клинической выборки, хотя и являются пациентами психиатрической клиники, достаточно социально адаптированы: 46 % имеют высшее образование и работают, 27 % воспитывают детей, 22 % сохраняют семьи, средний возраст 31 год. Также стоит отметить, что при удачном стечении обстоятельств ПРЛ имеет тенденцию к меньшему проявлению с возрастом. В дополнение к этому важно указать на то, что пациенты с ПРЛ в состоянии правильно идентифицировать эмоциональные выражения лиц и выполнить задания теста «Глаза», иногда даже более точно, чем здоровые испытуемые.

Мы провели качественную оценку ответов клинической группы, в результате которой стало видно, что лицам, страдающим ПРЛ, действительно свойственно выбирать более негативные, агрессивные, обвиняющие, тревожные ответы в ответ на нейтральные или доброжелательные стимулы. Однако можно согласиться с выводом зарубежных коллег, что для выявления нарушений социального познания необходимы исследования на основе более сложного стимульного материала. Так, представляется полезным использовать упоминаемый нами в начале статьи «Фильм для оценки социального познания» (MASC). Эта методика позволяет эмпирически оценивать распознавание испытуемыми намерений, эмоций и мыслей героев фильма, что позволяет анализировать социальное познание более комплексным и экологически валидным способом. Результаты этого теста показывают четко выявленные серьезные нарушения в распознавании эмоций и социальной когниции: пациенты с ПРЛ имеют сниженную способность в распознавании чувств, мыслей и намерений героев фильма [13]. К сожалению, в данное время методика не адаптирована для использования в России.

Исследование взаимосвязи ПРЛ и эмпатии с использованием опросника Дэвиса «Индекс межличностной реактивности IRI» показало, что чем выше ожидание предательства и непорядочности со сторо-

ны других людей, тем более затруднителен процесс децентрации – восприятия, понимания, учета точки зрения другого человека. Все черты ПРЛ положительно коррелируют с уровнем эмпатического дистресса, в литературе рассматриваемого как склонность к примитивным формам эмпатии в форме заражения негативными эмоциями других людей, которое может приводить к избеганию общения и страху перед ним [43–46].

Амбивалентное стремление лиц, страдающих ПРЛ, к доверительным близким отношениям и одновременный страх потерять их, сочетающийся то с обожанием, то с ненавистью выбранного объекта, приводит к тому, что человек, одновременно испытывающий такие противоречивые, но одинаково сильно аффективно заряженные чувства, начинает испытывать сильнейший эмпатический дистресс. Таким образом, чем выше ощущение беспомощности без постоянной поддержки со стороны других людей, тем выше тревога и дискомфорт, возникающие в любой ситуации взаимодействия.

Воображаемое перенесение себя в ситуацию помощи другому человеку, сочувствие и симпатия по отношению к другому вызывают повышенный эмпатический дистресс – тревогу и дискомфорт в ситуации межличностного взаимодействия. Вместе с тем, чем больше у пациентов развита способность к фантазированию, воображению и стремление помочь другому по показателям опросника Дэвиса, тем более он успешен в распознавании эмоционального состояния другого человека по глазам.

Все полученные данные подтверждают нашу гипотезу о существовании связи между выраженностью черт ПРЛ и нарушениями социального познания.

Главной проблемой в изучении нарушений социального познания и социального взаимодействия при ПРЛ являются разработка и проведение эмпирических исследований, близких к реальным жизненным условиям, экологически валидных, с последовательным набором базовых теоретических конструктов, которые способны охватить основные аспекты искаженного восприятия, характерного для пограничного расстройства личности. Наиболее важными нам представляются исследования, связанные с ранней диагностикой ПРЛ, а также клиническим вмешательством.

Необходима целенаправленная психотерапевтическая работа с трудностями в понимании себя и сопереживании другим, неспособностью к ментализации, негативными интерпретациями людей, а также снижение общего уровня стресса, возникающего у страдающих ПРЛ лиц в процессе коммуникаций.

Марша Линехан, предложившая диалектическую поведенческую терапию, полагает, что главными в лечении являются уменьшение риска слишком интенсивных эмоциональных реакций на стрессовые ситуации и снижение самоповреждающего и агрессивного поведения. Поскольку пациент с ПРЛ воспринимает любую ситуацию как «невыносимую» и «безвыходную» [47], нужно дать ему осознать, что существует множество различных вариантов точек зрения и решений проблемы. Один из феноменов проявления ПРЛ – неспособность большого контроли-

ровать свое негативное эмоциональное состояние, поскольку способности к его контролю не сформированы, что также задает одно из важных направлений психотерапевтической работы.

Основное препятствия ментализации при ПРЛ – это враждебность, поэтому при основанной на ментализации (mentalization-base treatment) терапии, предложенной Бейтманом и Фонаги [48], предлагается метод устранения и трансформации напряженного враждебного неинтерпретируемого «незнания» в заинтересованную любознательную позицию, которая поможет правильно распознавать и принимать свои и чужие психические состояния.

В настоящее время в фокусе внимания исследователей находится поиск наиболее эффективной как фармакологической, так и психологической помощи пациентам с ПРЛ. Большинство ученых сходятся во мнении, что до сих пор остается огромный дефицит исследований, которые могли бы помочь врачам принимать научно обоснованные решения о лекарственной терапии пограничного расстройства. Также не предоставлены доказательства того, что конкретные препараты могут обеспечить автономное лечение ПРЛ в отрыве от психотерапевтического вмешательства [49, 50]. Что касается эффективности различных видов психотерапии, то исследователи пока не могут назвать наиболее успешный ее вид, поскольку различные модели психотерапевтической помощи при ПРЛ себя зарекомендовали одинаково хорошо [51].

Появляется все больше доказательств того, что ПРЛ манифестирует в подростковом возрасте и что его симптомы можно отличить от признаков нормативного развития подростков [13, 52]. Заболевание имеет тенденцию постепенно развиваться и приводит к личностным и социальным дисфункциональным последствиям. Неадекватное лечение может привести к ятрогенному повреждению, в то время как адекватное лечение показывает хорошие результаты у подростков с формирующимся ПРЛ. Таким образом, ранняя диагностика и терапевтическое вмешательство могут существенно улучшить лечение такой тяжелой формы психопатологии как ПРЛ. Это имеет большое значение как для исследований в области психического здоровья, так и для общества в целом.

Выводы

1. ПРЛ является распространенным и тяжелым заболеванием, коморбидным со многими другими психическими расстройствами и при этом трудно диагностируемым.

2. Нарушения социального познания при ПРЛ являются важной проблемой, поскольку социальные когнитивные навыки, необходимые для успешного социального взаимодействия, позволяют человеку устанавливать и поддерживать краткосрочные и долгосрочные отношения со значимыми людьми.

3. В группе пациентов с ПРЛ преобладают лица со средней выраженностью черт пограничного личностного расстройства, 11 % испытуемых показали высокие результаты по шкале дезадаптивных убеждений при ПРЛ.

4. При достаточно высоком уровне распознавания психического состояния другого человека по глазам пациенты с ПРЛ демонстрируют специфические нарушения социального познания по сравнению с респондентами популяционной группы: склонность к более негативным интерпретациям нейтрального выражения глаз, а также к переживанию высокого уровня дистресса в ситуациях эмоционально насыщенного взаимодействия с другими людьми.

5. Самооценочные опросники при исследовании ПРЛ имеют ограничения, это связано со специфической для пограничного расстройства личности организацией регуляции психических процессов. Чрезвычайно высокий вклад в эту регуляцию привносят такие психические процессы, как зависть и стыд. Для защиты от этих разрушительных паттернов лица с ПРЛ нередко формируют отрицание тех аспектов своей личности, которые расходятся с идеальным образом себя.

6. Лицам, страдающим ПРЛ наряду с фармакотерапией необходима целенаправленная психотерапевтическая работа, которая помогла бы скорректировать их негативное восприятие себя и мира, нарушения ментализации и поведения. Им необходима помощь в формировании навыков распознавания и контролирования собственных эмоций и эмоций других людей, а также разрушительных импульсов, которые обуславливают высокий суицидальный риск.

7. Главной проблемой в изучении нарушений социального познания и социального взаимодействия при ПРЛ являются разработка и проведение эмпирических исследований, близких к реальным жизненным условиям, экологически валидных, с последовательным набором базовых теоретических конструкторов, которые способны охватить основные аспекты искаженного восприятия, характерного для пограничного расстройства личности.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Американская психиатрическая ассоциация. Официальный сайт. – URL: <https://www.psychiatry.org/> (дата обращения 27.07.2017).
2. Laddis A. Lessons from the natural course of complex posttraumatic disorders // *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. – 2011. – Vol. 20, Iss. 4. – P. 426–444.
3. Lipovetzky G. Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report // *Vertex*. – 2013. – Sept.–Oct. 24 (111) – P. 359–362.
4. Perugi G., Angst J., Azorin J.M., Bowden Ch.L., Mosolov S., Reis J., Vieta E., Young A.H. Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76, No. 3. – P. 351–358.
5. Perugi G., Angst J.-M., Azorin L.G.-L. et al. Relationships between mixed features and borderline personality disorder in patients with major depressive episode // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2016. – Vol. 133, No. 2. – P. 133–143.
6. Verdolini N., Perugi G., Samalin L. et al. Aggressiveness in depression: a neglected symptom possibly associated to bipolarity and mixed features // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2017. – Vol. 3. – P. 9–35.
7. Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B. et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2008. – Vol. 69, No. 4. – P. 533– 545.
8. An Overview of BPD. NEA BPD. – URL: <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/what-is-bpd/bpd-overview/> (дата обращения: 25.07.2016).
9. Deckers J.W., Lobbestael J., van Wingen G.A., Kessels R.P., Arntz A., Egger J.I. The influence of stress on social cognition in patients with borderline personality disorder // *Psychoneuroendocrinology*. – 2015. – Feb. – Vol. 52. – P. 119–129.
10. Westen D., Int J. Towards a revised theory of borderline object relations: contributions of empirical research // *Psychoanal.* – 1990. – Vol. 71, No. 4. – P. 661.
11. Nigg J.T., Lohr N.E., Western D., Gold L.J., Silk K.R. Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1992. – Vol. 101. – P. 61–67.
12. Veen G., Arntz A. Evaluations of Others by Borderline Patients // *Journal of Nervous & Mental Disease*. – 2001. – Vol. 189, No. 8. – P. 513–521.
13. Preissler S. et al. Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of Others // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. – 2010. – Vol. 4. – P. 182.
14. Холмогорова А.Б., Климова И.Д. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2014. – Т. 22, № 2. – С. 153–167.
15. Zanarini M.C. et al. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery among Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-up Study // *The American journal of psychiatry*. – 2012. – Vol. 169.5. – P. 476–483.
16. Perez-Rodriguez M., Weinstein L.M., Siever L. Personality Disorders, Attachment and Psychodynamic Psychotherapy // *Psychopathology*. – 2014. – Nov. – P. 425–436.
17. Холмогорова А.Б. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 8–29.
18. Patin A., Hurlmann R. Social cognition // *Handbook of Experimental Pharmacology. Chapter Cognitive Enhancement*. – 2015. – P. 271–303.
1. Amerikanskaya psikiatricheskaya assotsiatsiya. Ofitsial'nyi sait. – URL: <https://www.psychiatry.org/> (data obrashcheniya 27.07.2017).
2. Laddis A. Lessons from the natural course of complex posttraumatic disorders // *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. – 2011. – Vol. 20, Iss. 4. – P. 426–444.
3. Lipovetzky G. Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report // *Vertex*. – 2013. – Sept.–Oct. 24 (111) – P. 359–362.
4. Perugi G., Angst J., Azorin J.M., Bowden Ch.L., Mosolov S., Reis J., Vieta E., Young A.H. Mixed features in patients with a major depressive episode: the BRIDGE-II-MIX study // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76, No. 3. – P. 351–358.
5. Perugi G., Angst J.-M., Azorin L.G.-L. et al. Relationships between mixed features and borderline personality disorder in patients with major depressive episode // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2016. – Vol. 133, No. 2. – P. 133–143.
6. Verdolini N., Perugi G., Samalin L. et al. Aggressiveness in depression: a neglected symptom possibly associated to bipolarity and mixed features // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2017. – Vol. 3. – P. 9–35.
7. Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B. et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2008. – Vol. 69, No. 4. – P. 533– 545.
8. An Overview of BPD. NEA BPD. – URL: <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/what-is-bpd/bpd-overview/> (дата обращения: 25.07.2016).
9. Deckers J.W., Lobbestael J., van Wingen G.A., Kessels R.P., Arntz A., Egger J.I. The influence of stress on social cognition in patients with borderline personality disorder // *Psychoneuroendocrinology*. – 2015. – Feb. – Vol. 52. – P. 119–129.
10. Westen D., Int J. Towards a revised theory of borderline object relations: contributions of empirical research // *Psychoanal.* – 1990. – Vol. 71, No. 4. – P. 661.
11. Nigg J.T., Lohr N.E., Western D., Gold L.J., Silk K.R. Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1992. – Vol. 101. – P. 61–67.
12. Veen G., Arntz A. Evaluations of Others by Borderline Patients // *Journal of Nervous & Mental Disease*. – 2001. – Vol. 189, No. 8. – P. 513–521.
13. Preissler S. et al. Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of Others // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. – 2010. – Vol. 4. – P. 182.
14. Kholmogorova A.B., Klimova I.D. Koping-strategii i emotsional'naya dezadaptatsiya u studentov s chertami pogrannichnogo rasstroistva lichnosti // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. – 2014. – T. 22, № 2. – S. 153–167.
15. Zanarini M.C. et al. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery among Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-up Study // *The American journal of psychiatry*. – 2012. – Vol. 169.5. – P. 476–483.
16. Perez-Rodriguez M., Weinstein L.M., Siever L. Personality Disorders, Attachment and Psychodynamic Psychotherapy // *Psychopathology*. – 2014. – Nov. – P. 425–436.
17. Kholmogorova A.B. Priroda narushenii sotsial'nogo poznaniya pri psikhicheskoi patologii: kak primirit' «bio» i «sotsio»? // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. – 2014. – T. 22, № 4. – S. 8–29.
18. Patin A., Hurlmann R. Social cognition // *Handbook of Experimental Pharmacology. Chapter Cognitive Enhancement*. – 2015. – P. 271–303.

19. Adolphs R. Social cognition and the human brain // *Trends Cogn Sci.* – 1999. – Dec. (12). – P. 469–479.
20. Frith C.D. et al. The Neural Basis of Mentalizing // *Neuron.* – 2006. – Vol. 50, Iss. 4. – P. 531–534.
21. Dziobek I., Fleck S., Kalbe E., Rogers K., Hassenstab J., Brand M., Kessler J., Jan K. Woike, Wolf O.T., Convit A. Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* – 2006. – Vol. 36, –No. 5. – P. 623.
22. Harari H., Shamay-Tsoory S.G., Ravid M., Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder // *Psychiatry Research.* – 2010. – Vol. 175, Iss. 3. – P. 277–279.
23. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* – 2006. – Vol. 30, Iss. 6. – P. 855–863.
24. Decety J., Meyer M. From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account // *Development and Psychopathology.* – 2008. – Vol. 20, No. 4. – P. 1053–1080.
25. Blair R.J. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations // *Consciousness and Cognition.* – 2005. – Dec. – Vol. 14, Iss. 4. – P. 698–718.
26. Davis M.H., Luce C., Kraus S.J. The heritability of characteristics associated with dispositional empathy // *Journal of Personality.* – 1994. – Vol. 62, Iss. 3. – P. 369–391.
27. Shamay-Tsoory S.G., Aharon-Peretz J., Perry D. Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions // *Brain: A Journal of Neurology.* – 2009. – Vol. 132, Iss. 3. – P. 617–627.
28. Ickes W., Stinson L., Bissonnette V., Garcia S. Naturalistic social cognition: Empathic accuracy in mixed-sex dyads // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1990. – Vol. 59, No. 4. – P. 730–742.
29. Erin B. Tone, Erin C. Tully. Empathy as a "Risky Strength": A Multilevel Examination of Empathy and Risk for Internalizing Disorders // *Dev Psychopathol.* Author manuscript. – 2015. – Feb. 25
30. Barnow S., Stopsack M., Grabe H.J., Meinke C., Spitzer C., Kronmüller K., et al. Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder // *Behavior Research and Therapy.* – 2009. – May. – Vol. 47, Iss. 5. – P. 359–365.
31. Pretzer J.L., Fleming B. Cognitive-behavioral approaches to personality disorders // *Prog Behav Modif.* – 1990. – Vol. 25. – P. 119.
32. Arntz A., Veen G. Evaluations of others by borderline patients // *The Journal of Nervous and Mental Disease.* – 2001. – Vol. 189, No. 8. – P. 513.
33. Roepke S. et al. Social Cognition in Borderline Personality Disorder // *Frontiers in Neuroscience.* – 2013. – Vol. 6. – P. 195.
34. Максимов А.М., Холмогорова А.Б. Социальные и психологические аспекты феномена мужской проституции в современной культуре // *Культурно-историческая психология.* – 2011. – № 1. – С. 80–89.
35. Кони́на М.А., Холмогорова А.Б. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки // *Консультативная психология и психотерапия.* – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 126–143.
36. Bhar S.S., Gregory K.B., Beck A.T. Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder // *Journal of Personality Disorders.* – 2008. – Vol. 22, No. 2. – P. 165–177.
37. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The "reading the mind in the eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2001. – Feb. – P. 241–251
38. Холмогорова А.Б., МоскACHEVA М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова, А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» // *Экспериментальная психология.* – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 99–117.
39. Карягина Т.Д., Будаговская Н.А., Дубровская С.В. Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса // *Консультативная психология и психотерапия.* – 2013. – № 1. – С. 202–227
40. Царенко Д.М., Довженко Т.В., Юдеева Т.Ю., Холмогорова А.Б. На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективным расстройствах: коллективная монография / под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: Неолит, 2016. – 200 с. – С. 121–162.
41. Krohn A. Borderline "empathy" and differentiation of object representations: a contribution to the psychology of object relations // *Int J Psychoanalytic Psychotherapy.* – 1974. – May. – Vol. 3, No. 2. – P. 142–165.
42. Carter L., Rinsley D.B. Vicissitudes of empathy in a borderline adolescent // *International Review of Psychoanalysis.* – 1977. – Vol. 4. – P. 317–326.
43. Fertuck E.A., Jekal A., Song I., Wyman B., Morris M. C., Wilson S. T., Brodsky B. S., Stanley B. Enhanced "reading the mind in the eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls // *Psychological Medicine.* – 2009. – Vol. 39, Iss. 12. – P. 1979–1988.
44. Davis M.H. Empathy: A Social Psychological Approach. – Boulder, CO: Westview Press, 1996. – P. 260.
19. Adolphs R. Social cognition and the human brain // *Trends Cogn Sci.* – 1999. – Dec. (12). – P. 469–479.
20. Frith Chris D. et al. The Neural Basis of Mentalizing // *Neuron.* – 2006. – Vol. 50, Iss. 4. – P. 531–534.
21. Dziobek I., Fleck S., Kalbe E., Rogers K., Hassenstab J., Brand M., Kessler J., Jan K. Woike, Wolf O.T., Convit A. Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* – 2006. – Vol. 36, –No. 5. – P. 623.
22. Harari H., Shamay-Tsoory S.G., Ravid M., Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder // *Psychiatry Research.* – 2010. – Vol. 175, Iss. 3. – P. 277–279.
23. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* – 2006. – Vol. 30, Iss. 6. – P. 855–863.
24. Decety J., Meyer M. From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account // *Development and Psychopathology.* – 2008. – Vol. 20, No. 4. – P. 1053–1080.
25. Blair R.J. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations // *Consciousness and Cognition.* – 2005. – Dec. – Vol. 14, Iss. 4. – P. 698–718.
26. Davis M.H., Luce C., Kraus S.J. The heritability of characteristics associated with dispositional empathy // *Journal of Personality.* – 1994. – Vol. 62, Iss. 3. – P. 369–391.
27. Shamay-Tsoory S.G., Aharon-Peretz J., Perry D. Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions // *Brain: A Journal of Neurology.* – 2009. – Vol. 132, Iss. 3. – P. 617–627.
28. Ickes W., Stinson L., Bissonnette V., Garcia S. Naturalistic social cognition: Empathic accuracy in mixed-sex dyads // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1990. – Vol. 59, No. 4. – P. 730–742.
29. Erin B. Tone, Erin C. Tully. Empathy as a "Risky Strength": A Multilevel Examination of Empathy and Risk for Internalizing Disorders // *Dev Psychopathol.* Author manuscript. – 2015. – Feb. 25
30. Barnow S., Stopsack M., Grabe H.J., Meinke C., Spitzer C., Kronmüller K., et al. Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder // *Behavior Research and Therapy.* – 2009. – May. – Vol. 47, Iss. 5. – P. 359–365.
31. Pretzer J.L., Fleming B. Cognitive-behavioral approaches to personality disorders // *Prog Behav Modif.* – 1990. – Vol. 25. – P. 119.
32. Arntz A., Veen G. Evaluations of others by borderline patients // *The Journal of Nervous and Mental Disease.* – 2001. – Vol. 189, No. 8. – P. 513.
33. Roepke S. et al. Social Cognition in Borderline Personality Disorder // *Frontiers in Neuroscience.* – 2013. – Vol. 6. – P. 195.
34. Maksimov A.M., Kholmogorova A.B. Sotsialnye i psikhologicheskie aspekty fenomena muzhskoi prostitutsii v sovremennoi kulture // *Kulturno-istoricheskaya psikhologiya.* – 2011. – № 1. – С. 80–89.
35. Konina M.A., Kholmogorova A.B. Oprosnik disfunktsionalnykh ubezhdenii pri pograničnom rasstroistve lichnosti (PBQ-BPD): adaptatsiya dlya russkoyazychnoi vyborki // *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 126–143.
36. Bhar S.S., Gregory K.B., Beck A.T. Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder // *Journal of Personality Disorders.* – 2008. – Vol. 22, No. 2. – P. 165–177.
37. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The "reading the mind in the eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2001. – Feb. – P. 241–251
38. Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Rychkova O. V., Pugovkina O.D., Krasnova-Goljeva V.V., Dolnykova, A.A., Tsarenko D.M., Rumyantseva Yu.M. Sravnenie sposobnosti k mentalizatsii u bolnykh shizofreniei i shizoafektivnym psikhozom na osnove metodiki «Ponimanie psikhicheskogo sostoyaniya po glazam» // *Ekspperimentalnaya psikhologiya.* – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 99–117.
39. Karyagina T.D., Budagovskaya N.A., Dubrovskaya S.V. Adaptatsiya mnogofaktornogo oprosnika empatii M. Devisa // *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya.* – 2013. – № 1. – С. 202–227.
40. Tsarenko D.M., Dovzhenko T.V., Yudeeva T.Yu., Kholmogorova A.B. Na styke dvukh spektrov: narusheniya sotsialnogo poznaniya pri bipolyarnom i shizoafektivnom rasstroistvakh: kollektivnaya monografiya / pod red. A.B. Kholmogorovi. – M.: Neolit, 2016. – 200 s. – С. 121–162.
41. Krohn A. Borderline "empathy" and differentiation of object representations: a contribution to the psychology of object relations // *Int J Psychoanalytic Psychotherapy.* – 1974. – May. – Vol. 3, No. 2. – P. 142–165.
42. Carter L., Rinsley D.B. Vicissitudes of empathy in a borderline adolescent // *International Review of Psychoanalysis.* – 1977. – Vol. 4. – P. 317–326.
43. Fertuck E.A., Jekal A., Song I., Wyman B., Morris M. C., Wilson S. T., Brodsky B. S., Stanley B. Enhanced "reading the mind in the eyes" in borderline personality disorder compared to healthy controls // *Psychological Medicine.* – 2009. – Vol. 39, Iss. 12. – P. 1979–1988.
44. Davis M.H. Empathy: A Social Psychological Approach. – Boulder, CO: Westview Press, 1996. – P. 260.

45. Hoffman N., Frank H. Borderline empathy and borderline pathology: constitutional considerations // *Comprehensive Psychiatry*. – 1987. – Vol. 28, Iss. 5. – Sep–Oct. – P. 412–415.
46. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 75–93.
47. Linehan M.M., *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. – New York, NY, Guilford Press, 1993.
48. Bateman A., Fonagy P. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Oct. – Vol. 156, Iss. 10. – P. 1563–1569.
49. Hancock-Johnson E., Griffiths C., Picchioni M. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder // *CNS Drugs*. – 2017. – May. – Vol. 31, Iss. 5. – P. 345–356.
50. Choi-Kain, Lois W. et al. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder // *Current Behavioral Neuroscience Reports*. – 2017. – Vol. 4. – PMID: 28331780.
51. Links P.S., Shah R., Eynan R. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges // *Current Psychiatry Reports*. – 2017. – March. – PMID: 28271272.
52. Hutsebaut J., Hessels C.J. Clinical staging and early intervention for borderline personality disorder // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2017. – Vol. 59, No. 3. – P. 166–174.
45. Hoffman N., Frank H. Borderline empathy and borderline pathology: constitutional considerations // *Comprehensive Psychiatry*. – 1987. – Vol. 28, Iss. 5. – Sep–Oct. – P. 412–415.
46. Kholmogorova A.B., Klimenkova E.N. Sposobnost' k empatii v kontekste problemy subyektnosti // *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. – 2017. – T. 25, № 2. – S. 75–93.
47. Linehan M.M., *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. – New York, NY, Guilford Press, 1993.
48. Bateman A., Fonagy P. Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial // *American Journal of Psychiatry*. – 1999. – Oct. – Vol. 156, Iss. 10. – P. 1563–1569.
49. Hancock-Johnson E., Griffiths C., Picchioni M. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder // *CNS Drugs*. – 2017. – May. – Vol. 31, Iss. 5. – P. 345–356.
50. Choi-Kain, Lois W. et al. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder // *Current Behavioral Neuroscience Reports*. – 2017. – Vol. 4. – PMID: 28331780.
51. Links P.S., Shah R., Eynan R. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges // *Current Psychiatry Reports*. – 2017. – March. – PMID: 28271272.
52. Hutsebaut J., Hessels C.J. Clinical staging and early intervention for borderline personality disorder // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2017. – Vol. 59, No. 3. – P. 166–174.

Impairments of Social Cognition in Borderline Personality Disorder as an Important Target of Psychotherapy

K.E. Beniashevili¹, A.B. Kholmogorova^{1, 2}

¹ *Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia*

² *Moscow Research Institute of Psychiatry, branch of Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia*

SUMMARY:

The article provides a brief overview of modern research on the impairments of social cognition in borderline personality disorder (BPD), as well as the data from a comparative empirical study of impairments of social cognition in patients with BPD and in a population-based sample. It discusses the particular characteristics of impairments of social cognition in BPD and the consequent targets of psychotherapy.

Objective and methods. A total of 87 people was examined, including 37 patients diagnosed with ICD-10: F 60.31 'emotionally unstable personality disorder, borderline type', and 50 people from a population-based sample, by virtue of three methods complex: The Personality beliefs questionnaire in borderline personality disorder (PBQ-BPD), the "Reading the Mind in the Eyes" test (Eyes test), and the Interpersonal Reactivity Index (IRI) scale.

Results. The study revealed that, although the number of errors made while identifying the mental state of a person in the eyes does not differ in clinical and population-based samples, the type of errors in patients with BPD has certain particular characteristics: they are more prone to negative interpretations. It is demonstrated that patients with BPD assess themselves as more inclined to show empathic care and prone to a higher level of distress when facing situations where other people experience strong negative emotions. The revealed links between the features of the BPD and the indicators of empathy enable us to make assumptions about the mechanism of its impairments.

Conclusions. The conclusion is made that the targeted psychotherapy with negative interpretations is required for patients with BPD, as well as a decrease in the general stress level during the communication process.

KEY WORDS: borderline personality disorder, social cognition, empathy, empathic distress, psychotherapy.

CONTACTS: k.beniashevili@gmail.com, psyllab2006@yandex.ru