

Lionel Cailhol,
Ludovic Gicquel,
Jean-Philippe Raynaud

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) характеризуется паттерном нестабильности и импульсивности. ПРЛ привлекало внимание исследователей на протяжении нескольких десятилетий как в плане понимания этого расстройства, так и в плане решения проблем связанных с ним. В то время как в подростковой клинической практике диагностическая категория ПРЛ используется довольно часто, применение ее в отношении детей более младшего

возраста остается дискуссионным. Тем не менее, многие специалисты убеждены, что ряд совпадающих доказательств узаконивает использование ее по отношению к этой возрастной группе.

Пограничное расстройство личности на протяжении длительного времени было для психиатрии тем, чем психиатрия для общей медицины – важным объектом общественного здравоохранения, не полностью признанным, с плохо организованным лечением, недостаточно финансируемым и стигматизированным другими более крупными дисциплинами. Как и в случае психиатрии и медицины, ситуация меняется. Новые знания, новые подходы и новые ресурсы подают новые надежды людям, страдающим пограничным расстройством личности» (Kernberg & Michels, 2009)

Исходя из дидактических соображений, в этой главе используется концепция ПРЛ, определенная в DSM-IV. Тем не менее, читателям следует осознавать риски такого редуционизма относительно других концептуальных моделей этого расстройства. В данной главе мы подчеркиваем значительную распространенность данного расстройства во взрослой и подростковой популяциях, и его психосоциальных последствий. Большой раздел посвящен диагностике и дифференциальной диагностике. Глава завершается описанием эффективных стратегий лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность

Распространенность ПРЛ оценивается в пределах от 0,7 до 1,8% (Swartz et al, 1990; Torgersen, 2001). В недавнем исследовании, проведенном в общей популяции, распространённость ПРЛ в течение жизни, оцененная с использованием AlcoholUse Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV (Опросник по расстройствам, вызванным употреблением алкоголя и другим сопутствующим нарушением (версия для DSM-IV), составила 5,9% (Grant et al, 1995). В клинических популяциях, по данным, полученным в США, распростра-

ненность составила 6,4% в общих медицинских популяциях (Gross et al, 2002), от 10 до 23% среди амбулаторных пациентов, страдающих от психиатрических проблем (Korzekwa et al, 2008; Swartz et al, 1990) и 20% среди пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары.

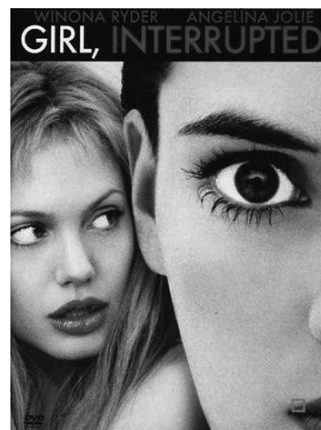
Что касается детей и подростков, то мы располагаем скудными данными, полученными при изучении значительно меньших выборок. Так, исследование, проведенное во Франции, обнаружило высокую распространенность ПРА у подростков (10% у мальчиков и 18% у девочек), определяемую с помощью DIB-R (Diagnostic Interview for Borderlines – Revised – Диагностическое интервью для пограничных расстройств – модифицированное), адаптированного для подростков (Chabrol et al, 2001). В китайском исследовании сообщается о более умеренной распространенности – 2% (Leung & Leung, 2009).

Гендерные отличия и культура

В настоящее время распространенность в общей популяции оценивается как одинаковая для обоих полов (Leichsenring et al, 2011). В клинических выборках женщины представляют три четверти от общего количества пациентов. Некоторые специалисты высказывают предположение, что это может быть связано с тем, что мужчины реже обращаются за психиатрической помощью, особенно психотерапевтической (Cailhol et al, in press). Такая тенденция не является специфической для ПРА и отмечается при других психических расстройствах (O’Loughlin et al, 2011).

Начало концепции ПРА было положено в западных классификациях (европейской и североамериканской). Тем не менее, даже в своем определении это расстройство сталкивается с культуральными сложностями. Например, порог эмоциональной лабильности может отличаться в латиноамериканских и северных странах, а диссоциативные симптомы интерпретируются по-разному от континента к континенту. Таким образом, пороговые значения, определенные клиницистами для каждого из симптомов, могут зависеть от их собственной культуры и культуры их пациентов. Насколько нам известно, особенности симптомов ПРА у подростков, в зависимости от их культурной принадлежности, мало изучались.

Всемирная организация здравоохранения (World Health Organisation (WHO)), посредством введения Международной классификации болезней (ICD) содействовала использованию этого диагноза во всем мире, наряду с утверждением международных инструментов для его диагностики (Loranger et al, 1994). Тем не менее, в научных публикациях доминирует североамериканская модель (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) affei, 2006). Как видно из недавних публикаций, посвященных проблемам диагностики, связанных с культурой, ученые



Концепция ПРА стала частью культуры в западных популяциях: недавно появилась страница в Facebook®, посвященная этому расстройству, оно также нашло отражение в художественных произведениях (например, книга «Пограничная зона» Мари-Сисси Лабреш (англ. «Borderline» by Marie-Sissi Labrèche) или художественный фильм «Прерванная жизнь» (англ. Girl, Interrupted – дословно Девушка, которую прервали) режиссера Джеймс Мэнголда, основанный на реальной истории пребывания Сюзанны Кайсен в психиатрической больнице в течение 18 месяцев).

в разных частях света продолжают пользоваться диагностическими критериями DSM (Rossier & Rigozzi, 2008; Wong et al, 2010). Миграция, по всей видимости, не повышает риск возникновения ПРА (Pascual et al, 2008).

Бремя заболевания

По результатам оценок прямые и не прямые затраты на одного пациента в год в Нидерландах составляют 17 000 € (van Asselt et al, 2007). Сюда входят: стоимость лечения, в частности, госпитализации, а также отпуск по болезни и потеря трудоспособности. Если принять во внимание распространенность этого расстройства в общей популяции, то затраты будут значительными. Тем не менее, эти европейские данные нельзя экстраполировать на другие части света, так как они отражают медико-экономический контекст западных стран.

Последствия ПРА для ближайшего окружения пациента зависят от восприимчивости к его поведению и требований, предъявляемых индивидом. В частности, семьи подростков сталкиваются с необходимостью с одной стороны решать проблему стремления их ребенка к автономности, с другой – одновременно защищать молодого человека и обучаться, как справляться с неприятностями, связанными с рискованным поведением. Это может вызывать значительный стресс (Fruzzetti et al, 2005; Gerull et al, 2008; Hoffman et al, 2005).

Кроме соматических осложнений, обусловленных причинением себе вреда, пациенты с ПРА подвержены риску, связанному с их импульсивностью – приводящему к несчастным случаям, злоупотреблению психоактивными веществами и распространению заболеваний, передающихся половым путем (Sansone et al, 1996; 2000a; 2000b; 2001). И наконец, нестабильность в эмоциональных проявлениях и межличностных взаимоотношениях приводят к коммуникационным проблемам между родителями и их детьми (Guedeney et al, 2008; Hobson et al, 2005, 2009; Newman et al, 2007). Неэкспериментальные исследования у матерей с ПРА, касающиеся их отношения к собственным младенцам и детям младшего возраста, демонстрируют более низкую доступность, организованность поступков и настроения, а также более низкие ожидания позитивных взаимоотношений. Эти матери чаще описываются как гиперопекающие/навязчивые и менее демонстративные/чувствительные (Abela et al, 2005; McClellan & Hamilton, 2006; Newman et al, 2007). Их дети значительно чаще подвержены воздействию таких факторов, как раздельное проживание родителей и потеря работы, по сравнению с детьми, чьи матери страдают депрессией или другими расстройствами личности.

У детей, матери которых страдают ПРА, нарушается психологическое развитие, и они склонны к изоляции от своего окружения (Abela et al, 2005; McClellan & Hamilton, 2006). Такие дети менее внимательны, заинтересованы или склонны к взаимоотношениям со своими матерями и обнаруживают более дезорганизованную привязанность по результатам Теста «Незнакомая ситуация» (англ. Strange Situation Test) (Abela et al, 2005). Дети матерей с ПРА демонстрируют более высокую частоту суицидальных мыслей (25%); риск возникновения депрессии в семь раз выше, если у матери двойной диагноз депрессии и ПРА (Bradley et al, 2005).

ВРЕМЯ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТЕЧЕНИЕ

В соответствии с рекомендациями DSM-IV не следует диагностировать ПРЛ до 18-летнего возраста. На практике, если симптомы устойчивы и четко выражены, диагноз устанавливается раньше.

Катамнестические исследования показывают, что ремиссия наблюдается достаточно часто – 74% через 6 лет; 88% через 10 лет (Zanarini et al, 2003, 2006) – подвергая сомнению представление о том, что это хроническое и неизлечимое состояние. По-видимому, существует два кластера симптомов, один (характеризующийся злостью, чувством заброшенности) имеет тенденцию к стабильности и устойчивости, тогда как другой (характеризующийся самоповреждениями и суицидальными попытками) нестабилен или менее устойчив. Следует уточнить, что в большинстве случаев ремиссия в действительности означает сокращение количества симптомов ниже порогового значения, необходимого для диагностики и необязательно означает полную регрессию заболевания (Shea et al, 2002).

Риск смертельного исхода в результате суицида у пациентов в ПРЛ оценивается в пределах от 4 до 10%, один из наиболее высоких при психических заболеваниях. Суицидальный риск выше в случае сочетания с расстройством настроения или злоупотреблении психоактивными веществами, а также при увеличении частоты суицидальных попыток (Paris, 2002). Суициды чаще имеют место в поздние периоды течения расстройства, примерно в возрасте 30 – 37 лет, и редко во время лечения (Paris, 2002).

Существенно нарушается функционирование индивидов, страдающих ПРЛ (например, показатель по Шкале общей оценки функционирования (англ. Global Assessment of Functioning scale) составляет около 50 баллов), при этом отмечаются частые потери работы, нестабильные взаимоотношения и изнасилования в анамнезе (Zittel Conklin & Westen, 2005). Функционирование более нарушено, чем при других расстройствах Оси II и при депрессии (Skodol et al, 2002; Zanarini et al, 2005).

Как и у взрослых, показатель ремиссии высок при установлении диагноза в подростковом возрасте (Biskin et al, 2011); пик частоты симптомов ПРЛ, по всей видимости, приходится на возраст 14 лет (Chabrol et al, 2001). Однако, несмотря на высокий показатель ремиссии, наличие симптомов ПРЛ у подростков далеко не безопасно для здоровья. Кроме уже упомянутых осложнений, присущих этому расстройству, диагноз повышает риск других негативных последствий, так, например, 80% подростков с ПРЛ будут страдать расстройством личности в более зрелом возрасте, несмотря на то, что ПРЛ будет отмечаться только у 16% из них (Deschamps & Vreugdenhil, 2008).

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

Причина ПРЛ не известна. Тем не менее, в медицинских публикациях можно обнаружить некоторые поясняющие гипотезы. Наиболее широко признанными являются психогенные теории, выдвинутые, главным образом, сторонниками психоаналитического мышления. Одно из первых объяснений основывалось на *теории объектных отношений* Отто Кернберга (Clarkin et al, 2006). Позже, выдвинутая Джоном Боулби *теория привязанности* способствовала дальнейшему пониманию возможных

Она родилась в 1926 году и умерла в 1962 при трагических обстоятельствах. Она была американской актрисой, которая стала секс-символом. Она воспитывалась психически неуравновешенной матерью, которой не хватало средств для ухода за ребенком. Она впервые вышла замуж на два года раньше возраста, установленного законом. Она многократно страдала от передозировок и имела множество непостоянных связей. Она многократно проходила курсы психологической терапии и стационарного лечения в психиатрических учреждениях.



механизмов, лежащих в основе ПРА (Bateman, 2004), тогда как сторонники других взглядов указывали на важность *эмоциональной дисрегуляции* (Linehan, 1993). И наконец, *когнитивные теории* придают большое значение паттернам дисфункционального мышления, усвоенным в детстве и поддерживаемым в зрелом возрасте (Young, 1999). Все эти теории подчеркивают важность эмоционального развития индивида, обезображенного травмой и эмоциональными дефицитами, вслед за невозможностью адаптировать окружающую среду к потребностям ребенка.

На эпидемиологическом уровне ретроспективное исследование показало значительную распространенность травм детского возраста, сексуального насилия, длительной разлуки и отсутствия заботы у пациентов с ПРА (Zanarini et al, 1997). Эти факторы нельзя рассматривать как прямые причины ПРА. Несмотря на то, что детская травма часто наблюдается в этой популяции, она присутствует не во всех случаях, и если действительно имеет место, не всегда приводит к ПРА. Тем не менее, высокая частота ранней травмы используется как аргумент в поддержку альтернативной модели расстройства – как травматического расстройства, являющегося результатом хронической детской травмы (Golier et al, 2003). Рисунок Н.4.1 иллюстрирует корреляцию между насилием в детском возрасте и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) или ПРА в зрелом возрасте. Без всецелого объяснения расстройства частые травмы детского возраста, по всей видимости, нередкое явление в популяции ПРА и среди пациентов с ПТСР. Следует также подчеркнуть, что около половины пациентов с ПРА удовлетворяют критериям диагностики ПТСР.

Ранняя разлука с матерью ассоциируется как с самим ПРА, так и с устойчивостью симптомов этого расстройства с течением времени (Crawford et al, 2009). И наконец, ПРА имеет также и генетический компонент; наследуемость оценивается в 47% (Livesley, 1998). Как и при почти всех других психических расстройствах, при ПРА имеет место полигенное наследование. Более того, взаимодействие между генами и окружающей средой, как отмечалось в предыдущих абзацах, осложняет интерпретацию этих данных (Steele & Siever,

ДИАГНОЗ

Клинические симптомы

С целью повышения диагностической надежности в DSM- III (American Psychiatric Association, 1981) была представлена многоосевая система, в которой расстройства личности были помещены на ось II – рядом с умственной отсталостью, а ПРЛ описано как отдельная диагностическая единица. В соответствии с DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) главными характеристиками ПРЛ являются неустойчивость и импульсивность, как описано в Таблице Н.4.1.

Таблица Н.4.1 Критерии и измерения пограничного расстройства личности

	КРИТЕРИИ DSM-IV-TR	ИЗМЕРЕНИЕ
6 –	Аффективная неустойчивость, очень переменчивое настроение (например, периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся в течение нескольких часов и лишь изредка несколько дней и больше).	Эмоциональное
7 –	Постоянно испытываемое чувство опустошенности.	
8 –	Неадекватные проявления сильного гнева или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, частые случаи проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки).	
3 –	Расстройство идентичности: выраженная и постоянная неустойчивость образа или чувства Я.	Когнитивное
9 –	Преходящие, вызываемые стрессом бредовые идеи или выраженные диссоциативные симптомы	
4 –	Импульсивность, как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, трата денег, сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, нарушение правил дорожного движения, систематическое переедание). Примечание: не включать суицидальное поведение и акты самоповреждения, описанные в критерии 5.	Импульсивное
5 –	Рецидивирующее суицидальное поведение, намеки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.	
1 –	Склонность прилагать чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым. Примечание: не включать суицидальное поведение и акты самоповреждения, описанные в критерии 5.	Межличностное
2 –	Склонность вовлекаться в интенсивные, напряженные и нестабильные взаимоотношения, характеризующиеся чередованием крайностей - идеализации и обесценивания.	

Международная классификация болезней 10-й редакции (МКБ-10) (Organisation Mondiale de la Santé, 2000) относит ПРА к «эмоционально лабильным личностям», которые включают импульсивный подтип (Таблица Н.4.2). В обеих классификациях необходимо, чтобы поведенческий паттерн был доминирующим, начинал проявлять себя в подростковом или раннем зрелом возрасте и вызывал значительное нарушение функционирования.

Обе классификации как DSM, так и МКБ в настоящее время пересматриваются. В предварительной версии предлагается сохранить ПРА в DSM 5, тогда как некоторые другие расстройства личности исключить; более подробно мы это обсудим далее.



У людей с ПРА часто наблюдаются множественные порезы

Подтипы

В DSM-IV подтипы не выделяются. Подтипы могут определяться коморбидностью. Тем не менее, некоторые исследователи предлагают два подтипа: зависимый и импульсивный. Первый будет характеризоваться амбивалентными, нестабильными взаимоотношениями, второй – склонностью к импульсивным действиям во многих сферах, включая нарушение закона. МКБ-10 наоборот описывает импульсивный и пограничный подтипы (см. Таблицу Н.4.2).

Присутствующие симптомы

Редко случается, чтобы пациенты самостоятельно обращались за помощью к доктору с жалобами на ПРА, даже несмотря на то, что благодаря публикациям,

Таблица Н.4.2 Критерии эмоционально лабильной личности по МКБ-10

F 60.3 Эмоционально неустойчивое (пограничное) расстройство личности

Расстройство личности, при котором имеется ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения. Способность планирования минимальна; вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию либо «поведенческим взрывам»; они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими либо им препятствуют.

Выделяются две разновидности этого личностного расстройства, и при обеих присутствует общая основа импульсивности и отсутствия самоконтроля.

Импульсивный тип:

Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля импульсивности. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими.

Пограничный тип:

Имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ собственного Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены. Как правило, характерно хроническое чувство опустошения. Склонность устанавливать в напряженные и неустойчивые отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов).

посвященным этому расстройству в средствах массовой информации и интернете, люди стали лучше понимать это заболевание. Проявлениями расстройства часто могут быть другие психические проблемы (т.е. злоупотребление алкоголем и наркотиками, колебания настроения), проблемное поведение (т.е. проблемы с приемом пищи, самоповреждения) или проблемы с взаимоотношениями. Несмотря на то, что склонность к самоповреждениям со временем ослабевает, это исключительно полезный симптом, в плане выявления ПРЛ у подростков.

От категориальной к дименсиальной концепции ПРЛ

Если бы мы придерживались критериев DSM буквально, то ПРЛ диагностировалось бы только у взрослых (Gicquel et al, 2011). Тем не менее, некоторые клиницисты считают, что этот диагноз можно ставить подросткам с оговоркой, что он имеет меньшую прогностическую ценность, чем у взрослых (Bondurant et al, 2004). На фоне осознания ограничений текущих классификаций появилась тенденция к дименсиальной концептуализации данного расстройства. В Таблице Н.4.1 представлены диагностические критерии и четыре измерения, вытекающие из этих критериев.

Несмотря на то, что пятая редакция DSM находится на стадии доработки, она, вполне вероятно, будет включать в себя дименсиальный подход, наряду с, использующимся в настоящее время, категориальным. Для постановки диагноза ПРЛ будут необходимы (см. Таблицу Н.4.3):

1. Значительные нарушения образа *собственного Я* (идентичности или саморегуляции; имеется в виду то, как пациенты воспринимают самих себя, а также как они определяют свои жизненные цели и достигают их) и *межличностного* функционирования (эмпатия или близкие отношения, что означает, что индивид способен понимать интересы других людей и устанавливать с ними близкие взаимоотношения)
2. Один или более патологических аспектов черт или особенностей личности
3. Которые относительно стабильны во времени
4. Симптомы нельзя считать проявлениями нормы соответствующей стадии развития индивида или его социально-культурной среды
5. Симптомы не вызваны злоупотреблением психоактивными веществами или соматическим состоянием (например, тяжелая травма головы).

В этом контексте расстройства личности будут находиться на отдаленном краю диапазона личностных черт, от нормальных до патологических. В исследовании, проведенном Zanarini et al (2007), придается большое значение стабильности расстройства, средней продолжительности симптомов и потенциалу ремиссии и выздоровления, все это обобщено в Таблице Н.4.4.

Остается выяснить, ощущают ли некоторые подростки «граничные моменты» и демонстрируют ли другие маргинальное функционирование или организацию. Фактом является то, что не у всех маргинальных подростков развивается ПРЛ. В связи с этим возникает вопрос о будущем подростков с маргинальным функционированием. В этом же контексте, Vornovalova et al (2009) обращают внимание на риск использования «диа-

Таблица Н.4.3 Краткое изложение диагностических критериев DSM-5 для пограничного расстройства личности
(по состоянию на декабрь 2011 г.; источник: рабочая группа DSM 5)

1. Личность должна проявлять значительные нарушения в двух сферах личностного функционирования (от умеренной до высокой степени):
 - *Собственное Я* (идентичность, саморегуляция)
 - *Межличностная* (эмпатия, интимность)
2. Черты аномальной личности, по меньшей мере, в одной из этих трех сфер:
 - **Негативная аффективность:**
 - Нестабильные эмоциональные переживания и частые смены настроения, которые легко провоцируются, интенсивны и не пропорциональны вызвавшим их событиям или обстоятельствам
 - сильное чувство напряжения или паники, часто в ответ на межличностные стрессы; чувство страха, всеохватывающей тревоги или угрозы, вызванное неопределенностью; страх потерпеть неудачу или потерять контроль
 - страх отвержения или разлуки с кем-либо значимым, сочетающийся со страхами сильной зависимости и полной потери самостоятельности
 - частое подавленное настроение; ощущение себя жалким, несчастным, чувство безысходности; пессимизм в отношении будущего; стыд; чувство неполноценности; суицидальное поведение.
 - **Расторможенность:**
 - *Импульсивность*: совершение действий под влиянием момента; сложности с составлением планов и следованием им; причинение себе вреда под влиянием эмоционального дистресса
 - *Рискованное поведение*: вовлечение в опасные, рискованные занятия, которые, вполне вероятно, могут привести к причинению себе вреда.
 - **Антагонизм**: постоянное или частое чувство раздражения и злости в ответ на незначительное пренебрежение и обиды
3. Нарушение и черты личности относительно стабильны во времени и в разных ситуациях
4. Нарушение не соответствует стадии развития или социально-культурному окружению
5. Симптомы не вызваны злоупотреблением психоактивными веществами или соматическим состоянием

гностических ярлыков» пограничного расстройства в отношении подростков – популяции, которая претерпевает множественные, связанные с развитием, изменения.

Коморбидность

В международном франкоязычном исследовании у подростков, проведенном Европейской исследовательской сетью по ПРЛ (англ. – European Research Network on BPD (EURNET-BPD)) установлено, что ПРЛ очень часто сочетается с расстройствами оси I: депрессией (71%), булимией (33%), злоупотреблением алкоголем (24%) и злоупотреблением психоактивными веществами (8%). В частности, коморбидность с СДВГ может быть индикатором тяжести (Speranza et al, 2011). Эти данные совпадают с данными опубликованных исследований, проведенных у взрослых (Zanarini et al, 1998). Сетью EURNET-BPD установлено, что наиболее высокой коморбидность с расстройствами оси II была для антисоциального (22%) и избегающего расстройства личности (21%), что также характерно для взрослых (Zanarini et al, 1998); существуют гендерные отличия как среди подростков, так и среди взрослых с преобладанием коморбидности с антисоциальной личностью среди мальчиков.

Таблица Н.4.4 Эволюция симптомов пограничного расстройства личности с течением времени

СИМПТОМЫ	СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	
<ul style="list-style-type: none"> • Парасихотические проявления • Рискованное сексуальное поведение • Регрессия, связанная с лечением • Проблемы контрпереноса, «особые» терапевтические взаимоотношения 	0 – 2 года	Острые симптомы
<ul style="list-style-type: none"> • Злоупотребление психоактивными веществами, зависимость • Самоповреждения • Неоднократные суицидальные попытки • Придирчивость • Тяжелое расстройство идентичности 	2 – 4 года	
<ul style="list-style-type: none"> • Бурные взаимоотношения • Манипуляция, садизм, девальвация нравственных ценностей • Эмоциональная нестабильность • Необычные перцептивные переживания, странные мысли • Чувство покинутости, уничтожения, коллапс • Негаллюцинаторные параноидные переживания 	4 – 6 лет	Симптомы, связанные с особенностями характера
<ul style="list-style-type: none"> • Большой депрессивный эпизод, хроническая депрессия • Хроническое чувство отчаяния, вины • Хроническая тревога • Общая импульсивность • Непереносимость одиночества • Конфликты вокруг зависимости от попечения • Зависимость, мазохизм 	6 – 8 лет	
<ul style="list-style-type: none"> • Хроническая злость, частые приступы гнева • Хроническое чувство одиночества, внутренней пустоты 	8 – 10 лет	

Психометрическая оценка

Существует много инструментов для оценки личностных расстройств у взрослых. Среди них, наиболее часто используются такие, как:

- SIDP-IV (Structured Interview for the Diagnosis of DSM-IV Personality Disorders – Структурированное интервью для диагностики расстройств личности в соответствии с DSM-IV) (Stangl et al, 1985). Эта версия для DSM-IV нашла широкое применение во всем мире (Pföhl et al, 1995) и используется в диагностике расстройств у подростков (Chabrol et al, 2002)
- SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV – Структурированное клиническое интервью для DSM-IV) (First et al, 1997), дополняющее SCID-I, которое используется для диагностики расстройств Оси I
- IPDE (International Personality Disorders Examination – Исследования расстройств личности по международной схеме) (Loranger et al, 1994),

представляющее собой полуструктурированное интервью, формулирующее диагноз расстройства личности как в соответствии с МКБ-10, так и DSM-IV

- DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline-Revised – Диагностическое интервью для пограничных пациентов – исправленное, Zanarini et al, 1990) – полу-структурированное интервью, включающее в себя 129 вопросов. Несмотря на то, что оно не диагностирует ПРА DSM-IV, это интервью имеет хорошую конвергентную валидность с этой классификацией.
- CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment – Психиатрическая оценка детей и подростков) может также играть важную роль в диагностике ПРА
- Существуют также заполняемые самими испытуемыми вопросники, которые можно эффективно использовать как скрининговые инструменты, такие как MSI-BPD (McLean Screening Instrument for BPD – Скрининговый инструмент Маклина для выявления пограничного расстройства личности) и PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire – Личностный диагностический опросник (Zanarini et al, 2003b, Hyler et al, 1989).

ЛЕЧЕНИЕ

Доступны два руководства по лечению ПРА, одно разработанное Американской психиатрической ассоциацией (American Psychiatric Association (2001)), другое Национальным институтом здоровья и клинического совершенствования (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009)) В обоих этих руководствах присутствуют краткие рекомендации, касающиеся непосредственно подростков.

Цели

Первым шагом в оказании помощи, на который будет влиять нестабильность пациента, является составление плана лечения и определение его целей. На практике он будет включать в себя мониторинг прогресса, достигнутого пациентом на всех этапах, начиная от применения подхода, направленного на преодоление кризисной ситуации и предотвращения опасного поведения, и до длительной работы над личностными аспектами. На каждой стадии, после определения потребности и причин для достижения изменений с пациентом заключается терапевтический контракт. Индивидуализированные цели должны соответствовать иерархии, которую необходимо объяснить подростку. Например, снижение риска смерти будет иметь преимущество перед лечением симптомов или улучшением качества жизни. Более того, следует привлечь взрослых опекунов для помощи в лечении (например, путем исключения токсичных веществ).

Схема оказания помощи

Лечение подростков с ПРА в большинстве случаев следует проводить в амбулаторных условиях. Последовательный и эклектический подход предлагает прагматическое решение для клинического многообразия и естественной эволюции расстройства (Gunderson, 2001). Определение схемы оказания помощи включает разные аспекты:

- Оценку риска
- Психический статус
- Уровень психологического функционирования
- Цели и мотивацию пациента
- Социальное окружение
- Коморбидность
- Преобладающие симптомы.

Амбулаторное лечение может проводиться клиницистом индивидуально и принимать форму сотрудничества между лечащим психиатром и психотерапевтом или, по возможности, в условиях дневного стационара. Существует общее правило, что наиболее эффективным является подход, когда психотерапия и медикаментозное лечение проводится разными специалистами. И наконец, школа также может играть важную роль в оказании помощи подросткам с ПРА, обеспечивая стабильность и становясь местом, где они могут заняться восстановлением своей идентичности и построением взаимоотношений с окружающими, что является важными составляющими элементами улучшения состояния пациентов.

На практике, стационарное лечение может быть показано в случаях тяжелой коморбидности (например, зависимость, тяжелая депрессия), и когда кризис-менеджмент и лечение в условиях дневного стационара не способен сдержать пациента. Риск кратковременного лечения суицидальности путем помещения в стационар заключается в том, что это может привести к ухудшению состояния пациента. Кроме того, отсутствуют данные об эффективности такого подхода.

Биологические методы лечения

В соответствии с руководством Национального института здоровья и клинического совершенствования (NICE) (2009) медикаментозные средства не следует применять специально для лечения пограничного расстройства личности или отдельных симптомов, либо поведения, сочетанного с этим расстройством (например, повторные самоповреждения, выраженная эмоциональная нестабильность, рискованное поведение и преходящие психотические симптомы). Тем не менее, коморбидные расстройства могут требовать назначения лекарственной терапии. Кроме того, эффективность медикаментозного

СОВЕТЫ ПО ЛЕЧЕНИЮ

Поддержка

Учитывая высокие требования, предъявляемые этими пациентами к клиницистам, значительно легче осуществлять лечение командой специалистов. Если нет такой возможности, настоятельно рекомендована регулярная супервизия или обсуждение случаев с коллегами.

Непрерывность

Непрерывность оказания помощи имеет очень важное значение, так как лечение длится обычно годами, а не неделями или месяцами. От специалистов, оказывающих помощь, требуется построение надежных терапевтических взаимоотношений.

Четкая схема лечения

Как клиницист, так и пациенты должны иметь четкое понимание их работы, ее ограничений и того, как она будет осуществляться.

Ответственность

В то время как поведение пациентов и даже диагноз побуждают системы (семья, терапевты, учреждения) снимать ответственность с пациентов, полезно помнить о том, что повышение их эмоционального контроля предполагает постепенное принятие большей ответственности.

лечения ограничивается такими факторами, как профили побочных эффектов, комплаенс и риск некорректного употребления препаратов. И наконец, насколько нам известно, отсутствуют лекарственные препараты, одобренные для лечения ПРЛ у взрослых или подростков. Эти меры предосторожности подчеркивают ограниченную роль психотропных лекарственных препаратов в оказании помощи пациентам с ПРЛ.

Кроме мнения экспертов, рекомендации также присутствуют в нескольких опубликованных мета-анализах (Binks et al, 2006; Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011; Mercer, 2007; Nose et al, 2006; Rinne & Ingenhoven, 2007; Stoffers et al, 2010). К изучавшимся химическим веществам относятся нейролептики, антидепрессанты, жирные кислоты омега-3 и антиконвульсанты. Однако короткая продолжительность исследований; небольшое количество исследований; большое число пациентов, выпавших из поля зрения исследователей; отсутствие сравнительных исследований и ограниченные критерии включения в большинстве контролируемых исследований накладывают ограничения на интерпретацию этих результатов.

Что касается бензодиазепинов, их можно применять в единичных случаях и в особых ситуациях, из-за значительного риска формирования зависимости или растормаживания у таких пациентов (American Psychiatric Association, 2001). В общем, седативные препараты не следует назначать дольше, чем на неделю и для того, чтобы преодолеть кризис (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Этим объясняется необходимость интенсивного наблюдения и регулярного пересмотра лечения с тем, чтобы своевременно выявлять неэффективные лекарственные препараты и осторожно постепенно отменять их. В частности, антипсихотические лекарственные препараты не следует использовать для длительной и средней продолжительности лечения (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Однако в короткие сроки антипсихотики могут оказывать положительный эффект на когнитивно-перцепционные симптомы, злость и колебания настроения (Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011).

Психотерапия

Методы психотерапии, используемые при лечении ПРЛ, имеют много общих аспектов. Например, в большинстве из них подчеркнута важность подписания контракта в начале терапии, включающего заранее оговоренные способы преодоления ситуаций, связанных с риском, в частности, суицидального кризиса, а также согласованные контакты между сессиями (например, по телефону).

При рассмотрении возможности назначения психологического лечения клиницисту следует принимать во внимание (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009):

- Предпочтения пациента и его право выбора
- Тяжесть и степень нарушения
- Готовность пациента участвовать в терапии и его мотивацию к изменениям
- Способность пациента оставаться в границах терапевтических взаимоотношений
- Доступность личной и профессиональной поддержки.

В отношении ПРЛ применялся целый ряд методов психотерапии, включая индивидуальные, групповые и кризисные методики. Нет данных, указывающих на то, что одна специфическая форма психотерапии более эффективна, чем другие (Binks et al, 2006b; Leichsenring & Leibing, 2003; Leichsenring et al, 2011).

Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ) – разработанная Маршей Лихан, начиная с 1991 года и позже – включает в себя интегративный подход (поведенческий, когнитивный и психической вовлеченности), основанный на био-психо-социальном понимании расстройства, в соответствии с которым главной проблемой считается эмоциональная регуляция (см. Вкладку).

Когнитивная психотерапия, сфокусированная на схемах (Схема-терапия) стремится расширить принципы КПТ в лечении расстройств личности, с акцентом на терапевтических взаимоотношениях, аффекте и эмоциональных потребностях, пожизненных стилях совладания (копинг стратегиях) (например, избегание или гиперкомпенсация), закрепившихся основных темах (дезадаптивные схемы, которые формируются, когда не удовлетворяются специфические, основные потребности ребенка) и больше обсуждающая детский опыт и процессы развития. В одном исследовании было обнаружено, что после трех лет лечения пациентов с ПРЛ схема-терапия оказалась более эффективной, чем психодинамическая, сфокусированная на переносе психотерапия (Giesen-Bloo et al, 2006).

Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ)

ДПТ разработана специально для пациентов с тенденциями к самоповреждению, такими как самопорезы, суицидальные мысли и суицидальные попытки. Многие из пациентов с таким поведением страдают ПРЛ. Ключевое предположение ДПТ заключается в том, что саморазрушающее поведение - это приобретенные в результате обучения техники совладания с невыносимыми, интенсивными и негативными эмоциями. Важным способствующим фактором являются также неблагоприятные семейные условия. Под неблагоприятными внешними условиями подразумевается отсутствие заботливого, уважительного и понимающего отношения к индивиду. Диапазон неблагоприятных семейных условий достаточно широкий: от неудовлетворительного соответствия между ребенком и родителями (например, застенчивая девочка растет в семье экстравертов, которые дразнят ее за ее застенчивость) до крайних проявлений физического или эмоционального насилия.

ДПТ реализуется в форме индивидуальной терапии, групповой терапии для развития навыков общения и эмоционального контроля и психологической поддержки по телефону. Индивидуальная терапия предполагает еженедельные индивидуальные сессии. Пациенты должны также раз в неделю посещать двухчасовую групповую терапию, как минимум, в течение года. Если пациент попадает в стрессовую ситуацию, с которой не может справиться, его просят, прежде чем причинять себе повреждения, звонить своему индивидуальному терапевту. Затем терапевт указывает пациенту на альтернативные способы реагирования на ту или иную проблемную ситуацию.

Тремя основными положениями ДПТ являются КПТ, принятие и диалектика. В этом методе решающее значение имеет обучение новому поведению, именно на этом сосредоточено внимание во время каждой индивидуальной сессии, в групповой терапии по развитию навыков или при общении по телефону (для получения инструкций). Существует несколько типов и уровней принятия (установления валидности) от почти-тотального отношения к тому, что пациент говорит, чувствует или делает до отношения к нему, как к равному себе (например, в противоположность отношения как к слабому психически больному). «Диалектика» предполагает, что все связано со всем, изменение постоянно и неизбежно, и что противоположности могут быть едины.

Психотерапия на основе ментализации – психодинамическая терапия, разработанная Bateman и Fonagy (1999, 2004). В этой модели «ментализация» означает способность дифференцировать и отделять собственные мысли и чувства от мыслей и чувств других людей. В данной методике разнообразные аспекты ментализации выделяются, усиливаются и практикуются в поддерживающих условиях психотерапии. Поскольку это психодинамический подход, терапия обычно менее директивна, чем методы, основанные на КПТ.

Психотерапия, сфокусированная на переносе – еще одна методика, основанная на психодинамическом подходе. В данной методике предполагается, что существует психологическая структура, которая лежит в основе специфических симптомов ПРЛ. В такой психологической организации мысли и чувства о себе и других расщеплены на дихотомические впечатления хорошо и плохо, черное и белое, все или ничего. Поскольку эти состояния «или/или» определяют природу восприятий пациента, *расщепление* приводит к хаотичным межличностным взаимоотношениям, импульсивным саморазрушающим действиям и другим симптомам ПРЛ. Расщепление – это примитивный механизм защиты, в котором личность экстернализирует внутренние конфликты, пытаясь склонить окружающих принять ту или иную сторону, или быть «хорошими» или «плохими». Лечение, реализуемое в виде индивидуальных сессий два раза в неделю, сфокусировано на переносе, поскольку считается, что пациенты проживают свои преобладающие диады объектных отношений в переносе (Clarkin et al, 2007).

У подростков *когнитивная аналитическая терапия* (КАТ) (CAT; Ryle, 2004, Ryle & Beard, 1993) обладала одинаковой эффективностью с «качественной клинической помощью с использованием руководства» (Chanen et al, 2008). КАТ относительно кратковременное вмешательство, предполагающее проведение от 16 до 24 сессий.

Рисунок Н.4.1 Сравнительный обзор разных методов психотерапии, используемых в лечении пограничного расстройства личности



Из *групповых методов лечения* заслуживает внимания Системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (STEPPS; Blum et al, 2002, Blum et al, 2008), основанный на системном подходе. Программа включает в себя две стадии: 20 – недельная группа основных навыков и годовая углубленная групповая программа (два раза в месяц). В этой модели ПРЛ понимается как расстройство эмоциональной и поведенческой регуляции. Цель состоит в том, чтобы предоставить возможность лицам с ПРЛ, другим специалистам, занимающимся их лечением, а также их близким друзьям и родственникам общаться на одном языке и отрабатывать навыки, необходимые для решения этой проблемы. Все это помогает избежать расщепления.

Еще необходимо выяснить увеличивается или сокращается разрыв между количеством методов лечения и их доступностью в клинической практике. Недостаточная поддержка этих методов лечения на практике может лишить клиницистов энтузиазма и приводить к игнорированию психотерапевтическими возможностями или отказу от них. Здесь важно помнить о том, что должным образом проведенная психотерапия (в значении – соответствующая рекомендациям), по всей видимости, приведет к таким же хорошим результатам, как и использование более сложных методов лечения (McMain, 2007).

Другие методы лечения

В мировом масштабе работает много команд специалистов, пытающихся разработать более кратковременные и менее дорогостоящие методы лечения, которые более приемлемы для пациентов, чем традиционные долгосрочные психотерапевтические подходы. Применение сжатых форм длительных методов лечения позволило предложить помощь большему количеству пациентов. Подобным же образом психообразование и группы пользователей могут стать ценной альтернативой с меньшей стоимостью. Организация телефонной «горячей линии» для того, чтобы предлагать поддержку в тяжелые времена, возможно, на уровне района медицинского обслуживания или даже страны, может оказаться очень эффективной. И наконец, профилактические службы могут разрабатывать стратегии помощи родителям с целью снижения распространенности этих расстройств среди детей.

ВЫВОДЫ

ПРЛ – психическое расстройство, которое может диагностироваться у подростков; при этом диапазон симптомов и проблем такой же, как у взрослых. Однако в этой возрастной группе ПРЛ еще более неустойчиво. В большинстве случаев добиться ослабления симптомов удастся с помощью психотерапии. Задача состоит в том, чтобы своевременно идентифицировать пациентов, подверженных наиболее высокому риску возникновения тяжелых расстройств, и предложить им наиболее полное лечение из того, что доступно.