



РЕШЕНИЕ

медико-психологический центр

ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

Мартынихин Иван Андреевич

Врач-психиатр, психотерапевт, к.м.н.

Доцент кафедры психиатрии и наркологии 1СПбГМУ им. И.П.Павлова,
Главный врач медико-психологического центра «Решение» (СПб)

Ершова Ольга Сергеевна

Психолог, DBT-терапевт

Медико-психологический центр «Решение» (СПб)

27.01.2022

Пограничное расстройство личности (ПРЛ): актуальность

Описание в DSM-5 (2013):

- Распространенность: от **1,6 до 5,9%** популяции
- Обращения за медицинской помощью: **6%** пациентов врачей общей практики, **10%** амбулаторных пациентов психиатров, **20%** госпитализированных в психиатрическую больницу / кризисные центры пациентов
- Суициды: **8-10%** завершают жизнь самоубийством, а повторяющиеся суицидные попытки и самоповреждения — одно из критериев диагностики ПРЛ

«ПРЛ представляет собой одну из труднейших клинических головоломок» (Allen Frances, 2007)

«Поскольку усилия по лечению пациентов с ПРЛ часто сводятся на нет из-за гнева пациентов, повторяющихся суицидального поведения и несоблюдения режима лечения, этот диагноз имеет репутацию трудноизлечимого заболевания... Лица с ПРЛ сталкиваются с серьезной стигмой не только со стороны общества, но и со стороны клиницистов из-за своей репутации враждебных и несговорчивых людей» (Gunderson, 2018)

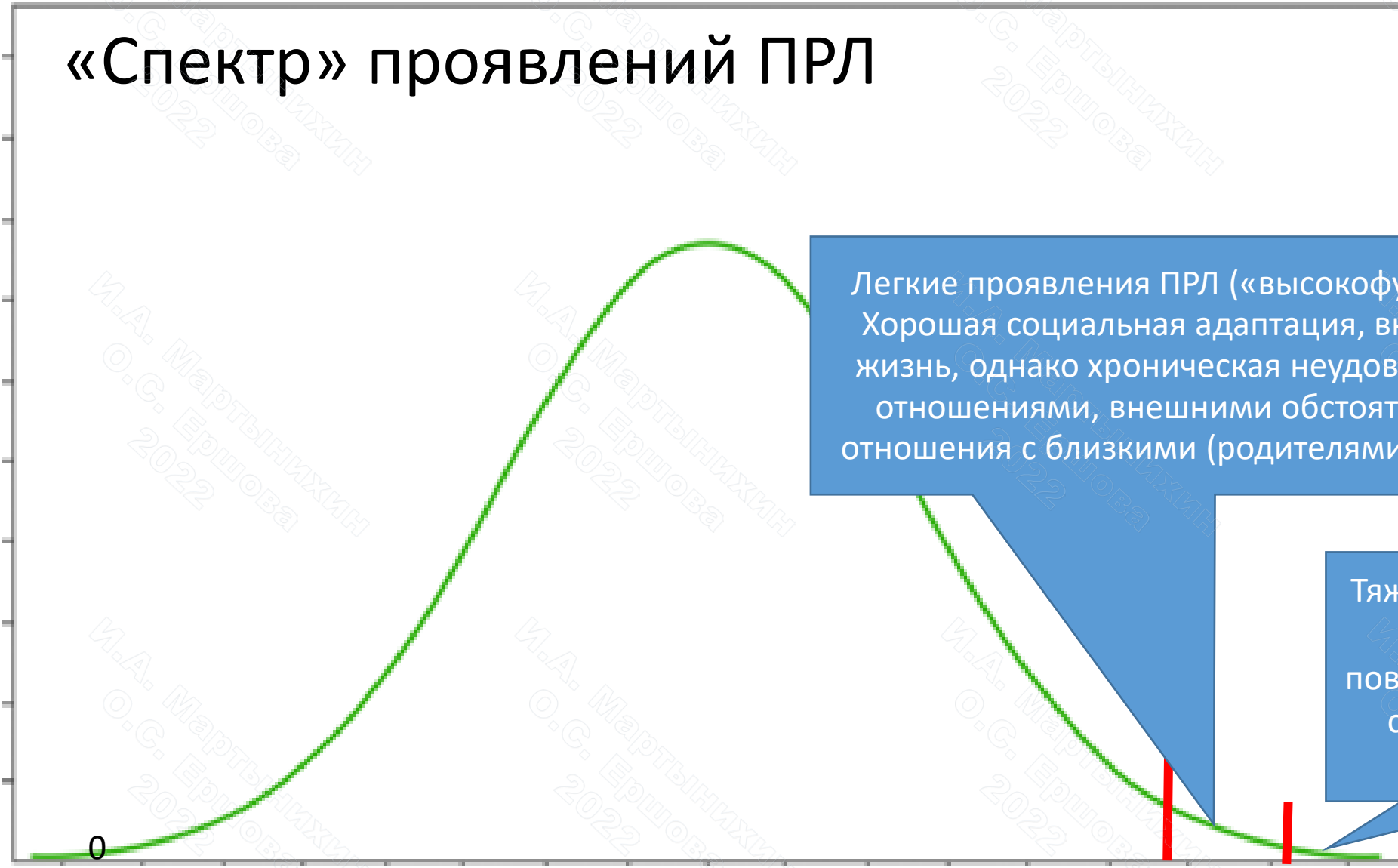
• **Но** концепция ПРЛ:

- Относительно новая (в т.ч. нет в программах обучения врачей в РФ)
- Сложная для понимания и объяснения
- Часто подразумевает диагностику по типу «диагноза исключения»

=> ПРЛ плохо и долго диагностируется (во всем мире и, особенно, в РФ)

«Спектр» проявлений ПРЛ

Доля людей в популяции



Легкие проявления ПРЛ («высокофункциональное ПРЛ»):
Хорошая социальная адаптация, внешне благополучная жизнь, однако хроническая неудовлетворенность собой, отношениями, внешними обстоятельствами, сложные отношения с близкими (родителями, партнерами, детьми)

Тяжелые проявления ПРЛ:
госпитализации,
повторяющийся селфхарм,
суициды, социальная
дезадаптация

Выраженность проявлений, характерных для ПРЛ

«Спектр» проявлений ПРЛ

Доля людей в популяции

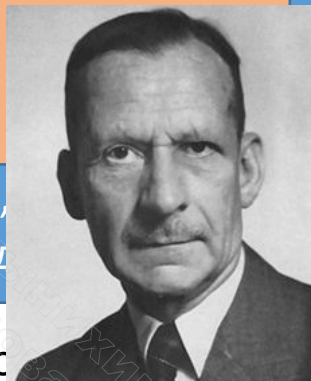
Легкие проявления ПРЛ («высокофункциональное ПРЛ»):
Хорошая социальная адаптация, внешне благополучная

«Психопатические личности — страдают от
своей аномальности сами ~~и~~ заставляют
страдать от нее общество»

Курт Шнайдер, 1923

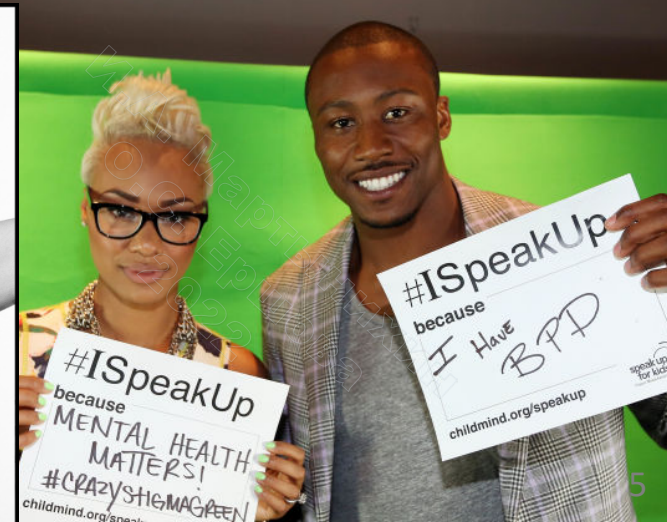
суициды,
дезадаптация

Многочисленные



Выраженность проявлений, характерных для ПРЛ

CELEBRITIES WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER



План

1. Концепция ПРЛ и современные критерии диагностики
2. Эпидемиология и этиопатогенез
3. Клиника, диагностика и коморбидность
4. Течение и последствия
5. Помощь
 1. Фармакотерапия
 2. Психотерапия (Ольга Ершова)

1. Концепция ПРЛ и современные критерии диагностики

Сопоставление авторских классификаций психопатий

Из рук. по психиатрии Г.В. Морозова (1988)

Преобладание...	Э.Крепелин (1915)	Э.Кречмер (1921)	К.Шнайдер (1923)	Ганнушкин П. Б. (1933)	Кербиков О.В. (1968)	МКБ-9 (1976)
Изменения в сфере мышления			Астенические	Астеники	Тормозимые	Астенический тип
			Ананкасты, Неуверенные	Психастеники		Ананкастический тип
	Чудаки	Шизоиды		Шизоиды (мечтатели)	Патологически замкнутые	Шизоидный тип
			Фанатики	Фанатики, Параноики		Параноидный (паранойальный) тип
Эмоциональных нарушений	Возбудимые	Эпилептоиды	Эмоционально- лабильные	Эпилептоиды	Возбудимые	Возбудимый тип
		Циклоиды	Эмоционально- лабильные	Эмоционально- лабильные		Аффективный тип
	Фантасты, Лгуны		Ищущие признания	Истерические, Патологические лгуны	Истеричные	Истерический тип
Волевых нарушений	Неустойчивые		Безвольные, Неустойчивые	Неустойчивые	Неустойчивые	Неустойчивый тип
Расстройств влечений	Одержимые влечениями				Сексуальная психопатия	Половые извращения (искл. из психопатий)
Наруш. поведения в обществе	Анти- социальные		Холодные	Антисоциальные		Эмоционально тупые
Смешанные				Конституционально-глупые	Мозаичная	Мозаичная психопатия

ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ НЕ БЫЛО В КЛАССИЧЕСКИХ СИСТЕМАТИКАХ ПСИХОПАТИЙ

Развитие концепции ПРЛ



Отто Кернберг
род 1928

Первые
критерии ПРЛ



Gunderson JG, Kolb JE.
Discriminating
features of borderline
patients. Am J
Psychiatry. 1978

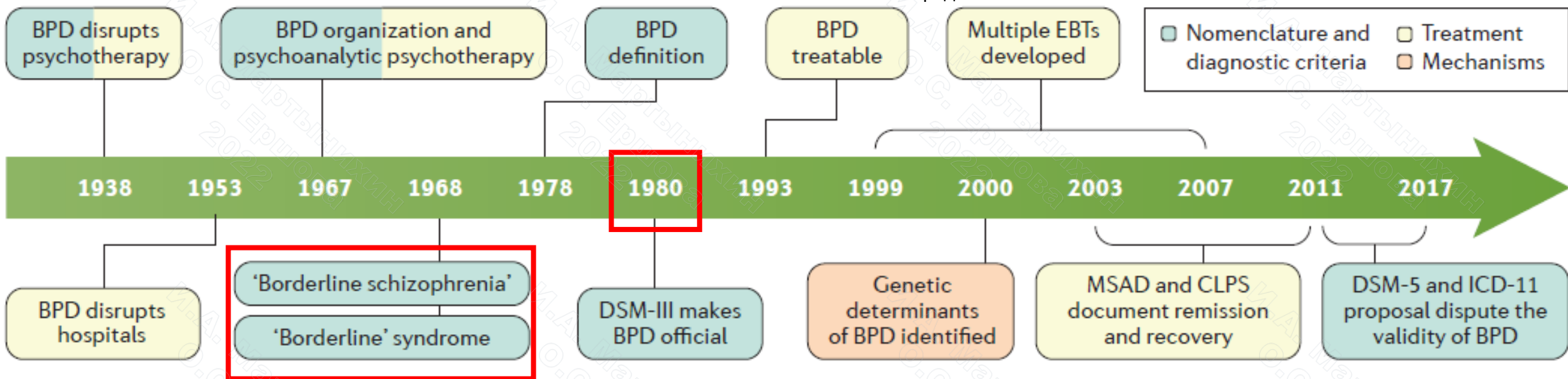


Марша
Линехан
род 1943

Несколько доказательных
методов лечения разработано

ПРЛ
излечимо

Люди с ПРЛ ставят в трудное
положение психотерапевтов



Люди с ПРЛ
создают
трудности
психиатрических
больницах

«Пограничная
шизофрения»
«Пограничный
синдром»

DSM-3 сделало
диагноз ПРЛ
официальным

Идентифици-
рована
генетическая
природа ПРЛ

Исследования,
задокументиро-
вавшие ремиссии
и восстановление

Дискуссия о
валидности
критериев
ДСМ-5 и МКБ-11

Discriminating Features of Borderline Patients

BY JOHN G. GUNDERSON, M.D., AND JONATHAN E. KOLB, M.D.



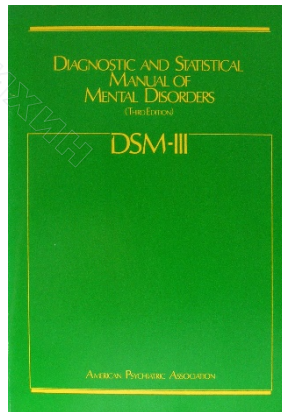
John Gunderson
(1942 – 2019)

7 признаков, позволяющих отличить ПРЛ от других психических расстройств (шизофрении, депрессии, неврозов):

1. Низкий уровень достижений
2. Импульсивность
3. Манипулятивные суицидные попытки
4. Усиленная эмоциональность
5. Легкие/стертые психотические переживания
6. Высокий уровень социализации
7. Сложности построения близких взаимоотношений

8 критериев в DSM-III (1980)

1. Импульсивность
2. Паттерн нестабильных межличностных отношений
3. Интенсивный гнев
4. Нестабильность образа «Я»
5. Эмоциональная нестабильность
6. Повторяющиеся эпизоды самоповреждения
7. Непереносимость пребывания в одиночестве
8. Хроническое чувство пустоты



DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV(-TR) (2000)	DSM-5 (2013)
Неадекватные	Неадекватные				
Шизоидное	Шизоидное	Шизоидное	Шизоидное	Шизоидное	Шизоидное
Циклотимическая	Циклотимическая	Переклассифицированы			
Параноидное	Параноидное	Параноидное	Параноидное	Параноидное	Параноидное
		Шизотипическое	Шизотипическое	Шизотипическое	Шизотипическое
Эмоционально нестабильные	Истерическое	Гистрионическое	Гистрионическое	Гистрионическое	Гистрионическое
—	—	Пограничное	Пограничное	Пограничное	Пограничное
Компульсивное	Обсессивно- компульсивное	Компульсивное	Обсессивно- компульсивное	Обсессивно- компульсивное	Обсессивно- компульсивное
Пассивно-агрессивное - пассивно-депрессивный		Зависимое	Зависимое	Зависимое	Зависимое
Пассивно-агрессивное - пассивно-агрессивный тип	Пассивно- агрессивное	Пассивно- агрессивное	Пассивно- агрессивное	Негативистическое	
—	Эксплозивное				
—	Астеническое				
—	—	Избегающее	Избегающее	Избегающее	Избегающее
—	—	Нарциссическое	Нарциссическое	Нарциссическое	Нарциссическое
Антисоциальная реакция	Антисоциальное	Антисоциальное	Антисоциальное	Антисоциальное	Антисоциальное
Сексуальные девиации	Переклассифицированы				
Зависимости	Переклассифицированы				

Современные классификации расстройств личности

МКБ-10 (1990)	DSM-5 (2013)*		МКБ-11 (2019)
Шизоидное	Шизоидное	Кластер А: странные, эксцентричные	В МКБ-11 все иначе: опциональ- ное указание выделяю- щихся черт на основе 5-факторной модели** ИСКЛЮЧЕНИЕ: «Пограничный паттерн»
Параноидное	Параноидное		
	Шизотипическое***		
Истерическое	Гистрионическое	Кластер Б: драматические, эмоциональные, нестабильные	
Эмоционально-неустойчивое - пограничный тип	Пограничное		
Диссоциальное	Антисоциальная		
	Нарциссическое		
Эмоционально-неустойчивое - импульсивный тип			
Зависимое	Зависимое	Кластер С: тревожные, испытывающие страх	
Тревожное (уклоняющееся, избегающее)	Избегающее		
Ананкастное	Обсессивно-компульсивное		
Смешанное	Другие или неспецифические		
9 вариантов	10 вариантов (в трех кластерах)		

* После долгих споров все-таки было принято решение сохранить типы р-тв личности, а дименсиональную оценку по 5-факторам внести в Приложение для исследований

** Прежние типы возможно останутся в качестве альтернативы

*** Шизотипическое расстройство (F21) в главе р-тв Шизофренического спектра

МКБ-11 (2019): Домены личностных нарушений

Домен	Основная характеристика	Частные проявления
Негативная эмоцио- нальность	Тенденция испытывать широкий спектр негативных эмоций с частотой и интенсивностью, не пропорциональной ситуации.	Тревога, гнев, беспокойство, страх, уязвимость, враждебность, стыд, депрессия, пессимизм, вина, низкая самооценка и недоверие. Например, однажды расстроившись, такие люди испытывают трудности с восстановлением самообладания и должны полагаться на других или выходить из ситуации, чтобы успокоиться.
Отрешен- ность	Тенденция к поддержанию межличностного расстояния (социальная отрешенность) и эмоциональной дистанции (эмоциональная отрешенность)	Социальная отрешенность, включая избегание социальных взаимодействий, отсутствие дружеских отношений и избегание близости. Эмоциональная отрешенность, включая сдержанность, отчужденность и ограниченное эмоциональное выражение и опыт. Например, такие люди ищут работу, которая не предполагает взаимодействия с другими
Диссо- циальность	Неуважение к правам и чувствам других, включая эгоцентризм и отсутствие эмпатии.	Эгоцентричность, включая притязательность, переоценку себя, ожидание восхищения и стремление к вниманию. Недостаток сочувствия, в том числе лживость, манипуляции, использование других, безжалостность, подлость, жестокость и физическая агрессивность, а иногда и наслаждение страданиями других.
Растор- можность	Тенденция действовать опрометчиво, основываясь на непосредственных внешних или внутренних раздражителях (то есть ощущениях, эмоциях, мыслях), без учета возможных негативных последствий.	Импульсивность, отвлекаемость, безответственность, безрассудство и отсутствие планирования. Например, такие люди могут заниматься безрассудным вождением, опасными видами спорта, употреблением психоактивных веществ, азартными играми и незапланированной сексуальной активностью.
Ананкаст- ность	Сосредоточение внимания на жестких стандартах совершенства, правильного и неправильного, а также на контроле за своим поведением и поведением других людей и на контроле ситуаций для обеспечения соответствия этим стандартам.	Перфекционизм, включая заботу о правилах, нормах добра и зла, деталях, гиперпланировании, аккуратности и аккуратности. Эмоциональные и поведенческие ограничения, включая жесткий контроль над эмоциональным выражением, упрямство, избегание риска, упорство и совещательность. Например, такие люди могут упорно повторять работу других, потому что он не соответствует их стандартам.
Погранич- ный паттерн	Включен из утилитанных соображений. Устойчивый паттерн нестабильности межличностных отношений, самооценки, аффектов и выраженная импульсивность	

МКБ-11: особенности личностных черт при пограничном расстройстве личности

- **Негативная аффективность**

- Плохая регуляция эмоций, включая чрезмерную реакцию на критику и неудачи; низкая терпимость к фрустрации; часто испытывает и проявляет несколько эмоций одновременно или колеблется между ними

- **Расторможенность**

- Импульсивность, связанная, например, с выражением злости, употреблением ПАВ, незапланированной сексуальной активностью, самоповреждением; отсутствие планирования

- **Диссоциальность**

- Иногда бывает циничным, эгоистичным или физически агрессивным

Алгоритмы диагностики расстройств личности:

Традиционная последовательность:

1. Выявление особенностей личностной дисгармонии
2. Оценка их выраженности (норма или патология)
=> Диагноз специфического типа психопатии (Н., параноидное расстройство личности)



Последовательность в МКБ-11:

1. Выявление проблем социальной адаптации пациента
2. Оценка выраженности нарушений
=> Диагноз расстройства личности и степень ее тяжести (Н., легкое расстройство личности)
3. Оценка особенностей личностной дисгармонии (необязательно, т.к. сложно)
=> Дополнение диагноза расстройства личности указанием выделяющихся личностных черт/паттернов (необязательно)

Степени тяжести расстройств личности в МКБ-11 (2019)

Личностные трудности

(не психическое расстройство, но м.б. поводом для обращения за медицинской помощью)

Легкое (mild) расстройство личности

Умеренное (moderate) расстройство личности

Тяжелое (severe) расстройство личности

Критерии тяжести расстройств личности в МКБ-11 (2019) [обобщенно]

Уровень	Основные особенности
Нет расстройства личности	Нет личностных нарушений
Личностные трудности	Есть некоторые личностные трудности, но в отдельных, а не универсальных ситуациях
Расстройство личности	
Легкое	Отчетливые трудности в определенном диапазоне ситуаций
Умеренное	Четкие личностные проблемы, обычно связанные с несколькими личностными доменами во всех ситуациях
Тяжелое	Тяжелое расстройство с личностными проблемами, приводящими к значимому риску для себя и других

Общие диагностические критерии расстройств личности в МКБ-11 (2019)

- Расстройство личности характеризуется проблемами в функционировании аспектов «Я» (например, идентичность, достоинство, самооценка, самоуправление) и/или межличностной дисфункции (например, способность развивать и поддерживать близкие и взаимно удовлетворяющие отношения, способность понимать мотивы других и разрешать конфликты в отношениях)
- **Нарушения наблюдаются в течение длительного периода времени (> 2 лет)** **Стабильность?**
- Нарушение проявляется в паттернах познания, эмоционального опыта, эмоционального выражения и поведения, которые являются неадаптивными (например, негибкими или плохо регулируемыми) и проявляются **в целом ряде личных и социальных ситуаций** (т.е. не ограничиваются конкретными отношениями или социальными ролями) **Тотальность?**
- Паттерны поведения, характеризующие нарушения, не соответствуют уровню развития и не могут быть объяснены преимущественно социальными или культурными факторами, включая социально-политический конфликт
- Симптомы не связаны с прямым воздействием лекарств или вещества, включая эффекты отмены, и не могут быть лучше объяснены другим психическим и поведенческим расстройством, заболеванием нервной системы или другим медицинским состоянием
- Расстройство **связано со значительными страданиями или значительными нарушениями** в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других **важных сферах функционирования.** **Дисфункциональность**

Критерии проекта диагностических указаний МКБ-11 (2021):

Спецификатор пограничного паттерна может применяться к лицам, чей паттерн личностных расстройств характеризуется всепроникающим паттерном нестабильности межличностных отношений, представления о себе и аффектов, а также выраженной импульсивностью, на что указывают **пять (или более) из следующего**:

- Значительные усилия, чтобы избежать реальной или воображаемой участи **быть покинутым**.
- Модель **нестабильных и интенсивных межличностных отношений**, который может характеризоваться колебаниями между идеализацией и обесцениванием, обычно связанный как с сильным желанием, так и со страхом близости
- **Нарушение идентичности**, проявляющееся в выраженной и устойчиво нестабильной самооценке или самоощущении
- **Склонность действовать опрометчиво в состояниях сильного негативного аффекта**, приводящая к потенциально саморазрушающему поведению (например, рискованное сексуальное поведение, безрассудное вождение, чрезмерное употребление алкоголя или психоактивных веществ, переедание)
- **Повторяющиеся эпизоды самоповреждения** (например, суицидальные попытки, нанесение себе увечий)
- **Эмоциональная неустойчивость из-за выраженной реактивности настроения**. Колебания настроения могут быть вызваны либо внутренними причинами (например, собственными мыслями), либо внешними событиями. Как следствие, человек испытывает интенсивные дисфорические состояния настроения, которые обычно длятся несколько часов, но могут длиться до нескольких дней.
- Хроническое **чувство пустоты/опустошенности**.
- Неуместный **сильный гнев или трудности с контролем гнева**, проявляющиеся в частых проявлениях гнева (например, крики или вопли, швыряние или разбивание вещей, драки).
- Преходящие **диссоциативные симптомы или психотические явления** (например, кратковременные галлюцинации, паранойя) в ситуациях сильного аффективного возбуждения.

1. Страх отвержения

2. Нестабильность отношений

3. Нестабильность образа «Я»

4. Импульсивность

5. Селфхарм

6. Эмоциональная нестабильность

7. Чувство пустоты

8. Неуместный гнев

9. Диссоциация

	DSM-5, section II, 301.83 (borderline personality disorder) ⁶	ICD-10, F60.31 (emotionally unstable personality disorder, borderline type) ⁸	ICD-11, 6D11.5 (prominent personality traits or patterns, borderline pattern) ⁷
Overview	General criteria for personality disorders plus five or more of the below nine criteria	General criteria for personality disorder plus three or more of the five symptoms for emotionally unstable personality disorder, impulsive type (F60.30)*, plus two or more of the below criteria	General criteria for personality disorders plus borderline pattern (pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, affects, and marked impulsivity) as indicated by many of the below criteria
Fear of abandonment	Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment	Excessive efforts to avoid abandonment	Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment
Unstable relationships	A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterised by alternating between the extremes of idealisation and devaluation	Liability to become involved in intense and unstable relationships, often leading to emotional crisis	A pattern of unstable and intense interpersonal relationships
Unstable self-image	Markedly and persistently unstable self-image or sense of self (identity disturbance)	Disturbances in and uncertainty about self-image, aims, and internal preferences (including sexual)	Identity disturbance, manifested in markedly and persistently unstable self-image or sense of self
Impulsivity	Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (eg. spending, sex, substance abuse, reckless driving, or binge eating)	--	A tendency to act rashly in states of high negative affect, leading to potentially self-damaging behaviours
Self-harm	Recurrent suicidal behaviour, gestures or threats, or self-mutilating behaviour	Recurrent threats or acts of self-harm	Recurrent episodes of self-harm
Mood instability	Affective instability due to a marked reactivity of mood (eg. intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely lasting for more than a few days)	--	Emotional instability due to marked reactivity of mood
Feelings of emptiness	A chronic feeling of emptiness	Chronic feelings of emptiness	Chronic feelings of emptiness
Inappropriate anger	Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (eg. frequent displays of temper, constant anger, or recurrent physical fights)	--	Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger
Dissociation/transient paranoid ideation	Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms (does not include suicidal or self-mutilating behaviour)	--	Transient dissociative symptoms or psychotic-like features in situations of high affective arousal

* For ICD-10 emotionally unstable personality disorder, impulsive type (F60.30), general criteria for a personality disorder must be met plus three or more out of the five following diagnostic criteria, one of which must be (2): (1) marked tendency to act unexpectedly and without consideration of the consequences, (2) marked tendency to quarrelsome behaviour and to conflicts with others, especially when impulsive acts are thwarted or criticised, (3) liability to outbursts of anger or violence, with inability to control the resulting behavioural explosions, (4) difficulty in maintaining any course of action that offers no immediate reward, (5) unstable or capricious mood.

Table 1: DSM-5, ICD-10 and ICD-11 diagnostic criteria for borderline personality disorder

Критерии проекта диагностических указаний МКБ-11 (2021):

Другие проявления пограничного паттерна, не все из которых могут присутствовать у данного человека в данное время, включают следующее:

- Взгляд на себя как на **неадекватного, плохого, виноватого, отвратительного и презренного**.
- Переживание себя как **глубоко отличного и изолированного от других людей**; болезненное чувство отчуждения и всепроникающего одиночества.
- Склонность к **гиперчувствительность**, приводящей к отторжению других; проблемы в установлении и поддержании последовательного и надлежащего уровня доверия в межличностных отношениях; частая **неверная интерпретация социальных сигналов**.

(10) Чувство вины

(11) Отчужденность

(12) Гиперчувствительность

С какого возраста возможна диагностика расстройств личности?

- МКБ-10: рубрика «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте»
 - F60/ Специфические расстройства личности
 - Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. **Поэтому диагноз личностного расстройства вряд ли адекватен до 16-17-летнего возраста**
- МКБ-11: рубрика «Расстройства личности»
 - Проявления расстройства личности, как правило, сначала появляются в детстве, усиливаются в подростковом возрасте и продолжают проявляться во взрослом возрасте, хотя отдельные лица могут не попадать в поле зрения врача до более позднего возраста. Следует **проявлять осторожность при применении диагноза к детям**, поскольку их личность все еще развивается.
 - **Расстройство личности обычно не диагностируется у детей до подросткового возраста.**
 - В ходе своего развития дети интегрируют знания и опыт о себе и других людях в связную идентичность и самоощущение, а также в индивидуальные стили взаимодействия с другими. У разных детей существенно различается скорость, с которой происходит эта интеграция, а также существуют существенные различия в скорости интеграции внутри отдельных людей с течением времени. Поэтому очень трудно определить, проявляются ли у ребенка до подросткового возраста проблемы в функционировании таких аспектов личности, как идентичность, самооценка, точность самовосприятия или самонаправленность, потому что эти функции не полностью развиты у детей. Это также относится к межличностным функциям, таким как способность понимать точки зрения других и управлять конфликтами в отношениях.

Диагностические указания МКБ-11 про личностные черты детей и подростков:

- Яркие поведенческие проявления определенных черт (**Диссоциальность, Расторможенность**) имеют тенденцию к снижению в течение взрослой жизни. Другие черты (Отстраненность, Ананкастия) с меньшей вероятностью имеют такую динамику
- ... У детей предподросткового возраста могут наблюдаться выраженные неадаптивные черты, которые могут быть предвестниками расстройства личности в подростковом и взрослом возрасте. Например, у **очень маленьких детей** могут наблюдаться индивидуальные особенности **негативной аффективности и расторможенности**, а также более специфические черты, такие как **отсутствие эмпатии (аспект диссоциальности) и перфекционизм (аспект ананкастии)**. Однако такие черты также связаны с развитием других психических расстройств (например, аффективных расстройств, расстройств, связанных с тревогой или страхом), и их не следует интерпретировать как детские формы расстройства личности.
- Признаки расстройства личности проявляются сходным образом у подростков и взрослых. Однако при оценке подростков важно учитывать типичность развития соответствующих паттернов поведения. Например, **рискованное поведение, самоповреждения и капризность чаще встречаются в подростковом возрасте, чем во взрослой жизни**. Таким образом, пороговые значения для оценки того, являются ли такие поведенческие паттерны показательными для расстройства личности или для повышенных показателей в доменах черт, таких как расторможенность и негативная
- **Аффективность у подростков выше**, чем у взрослых. Следует также учитывать широкую изменчивость нормального развития подростков, которая может повлиять на проявление этих форм поведения или характеристик.

Возрастная динамика личностных черт большой пятерки

Индивидуальный профиль человека по параметрам Большой Пятерки **окончательно формируется приблизительно к 30 годам** и в последующем остается стабильным

До этого возраста возможны существенные изменения

Ряд исследований показывает, что у подростков и молодых людей в возрасте 20—25 лет существенно выше *нейротизм* и *экстраверсия* и ниже *доброжелательность* и *сознательность*, чем у взрослых старше 30 лет (Costa & McCrae, 1994). Это интуитивно понятно, т.к. в среднем подростки и юноши:

- имеют больше тревог и проблем, связанных с принятием со стороны окружающих и самооценкой (более высокий уровень *нейротизма*)
- проводят больше времени в телефонных разговорах и в активном общении со своими друзьями (более высокий уровень *экстраверсии*)
- более критически настроены и более требовательны по отношению к обществу в целом и к отдельным его представителям (меньшая *доброжелательность*)
- менее добросовестны и ответственны, чем от них ожидают (меньшая *сознательность*)

«Кто в молодости не был революционером (либералом) — у того нет сердца, кто в зрелости не стал консерватором — у того нет ума»
(популярный афоризм, приписываемый авторству разных политических деятелей)

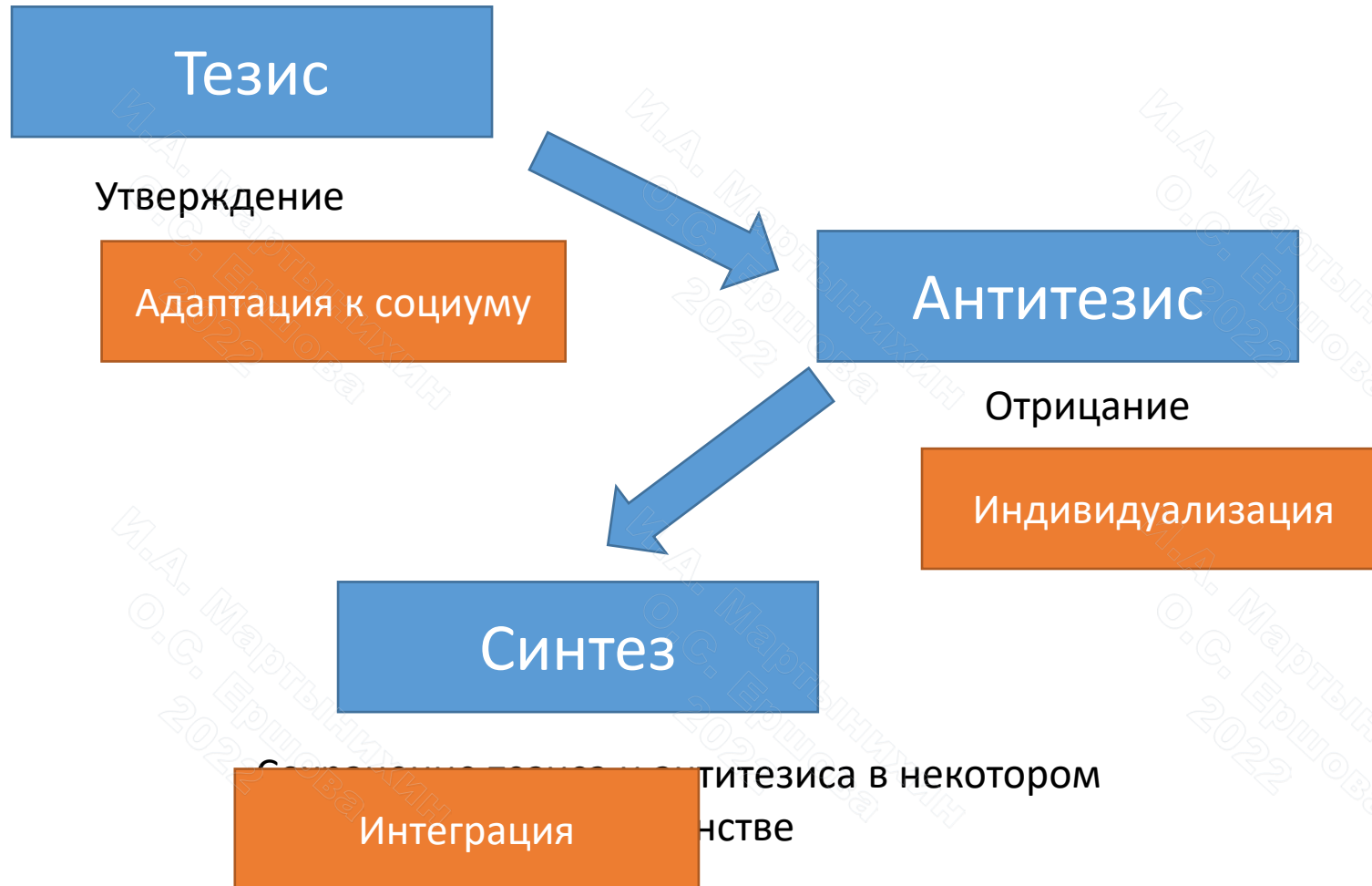
Личность —

- «В общественных науках Личность рассматривается как особое качество человека, приобретаемое им в социокультурной среде в процессе совместной *деятельности* и *общения*.
- Развитие личности — процесс и результат вхождения человека в новую социокультурную среду... Три фазы:
 1. **адаптация** — усвоение действующих ценностей и норм, овладение соответствующими средствами и формами деятельности и тем самым до некоторой степени уподобление индивида др. членам этой общности
 2. **индивидуализация** — порождается обостряющимися противоречиями между необходимостью «быть таким, как все» и **стремлением Л. к максимальной персонализации**
 3. **интеграция** — определяется противоречием между стремлением индивида быть идеально представленным своими особенностями и отличиями в общности и потребностью общности принять, одобрить и культивировать лишь те его особенности, которые способствуют ее развитию и тем самым развитию его самого как Л.»

Диалектическая триада — универсальная формула развития



Диалектическая триада — универсальная формула развития



Диагностические указания к МКБ-11: стабильность расстройств личности

- Расстройство личности **относительно стабильно** после юношеского взросления, **но может измениться** так, что человек, у которого было расстройство личности в молодом взрослом возрасте, уже не соответствует диагностическим требованиям к среднему возрасту.
- Реже у человека, у которого раньше не было диагностируемого расстройства личности, оно **развивается в более позднем возрасте**.
- Возникновение расстройства личности у людей в зрелом возрасте может быть **связано с потерей социальной поддержки**, которая ранее помогала компенсировать расстройство личности.
- Когда происходит изменение личности в середине взрослой жизни или в более позднем возрасте, при отсутствии изменений в окружении человека, следует исключать связь с первичным медицинским состоянием (т.е. изменения личности будут вторичны по отношению к нему) или с нераспознанным расстройством из-за употребления психоактивных веществ

NB!
Оцениваем
не всю
жизнь,
а лишь 2
последних
года

2. Эпидемиология и этиопатогенез ПРЛ

Эпидемиология ПРЛ

- Средняя срезовая распространенность при оценке за 2-5 лет:
1%-1,6% населения [Ellison, W., 2018; Gunderson J., 2018]

Table 1. Point prevalence of personality disorder at mean ages 14, 16, 22, and 33
(*n* = 568)

Personality disorder	Mean age 14	Mean age 16	Mean age 22	Mean age 33
Borderline personality disorder	0.9 (5)	0.9 (5)	1.8 (10)	2.6 (15)

[Johnson J.G., 2008]

- Риск в течение жизни: **5,5-5,9%** населения [Johnson J.G., 2008, Grant B.F., 2008]
- Соотношение мужчины : женщины
 - Примерно **1 : 1** — в сплошных эпидемиологических исследованиях [Grant B.F., 2008, Tomko RL, 2014]
 - 1 : 3** — в клинических условиях (по обращаемости за помощью)

Патофизиология ПРЛ

- Взаимодействие

- Генетической предрасположенности

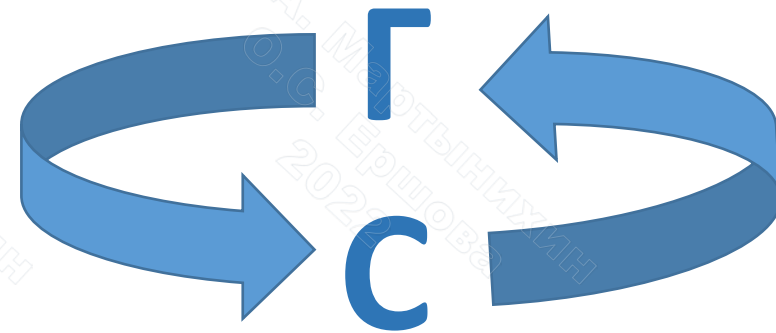
и

- Средовых факторов (через гормоны, нейропептиды, влияние на экспрессию генов и пр.)

⇒ особенности структур и функционирования мозга

⇒ поведенческие черты, устойчивые на протяжении долгого времени

+ Унаследованный темперамент повышают чувствительность и могут predispose людей к неблагоприятному жизненному опыту.



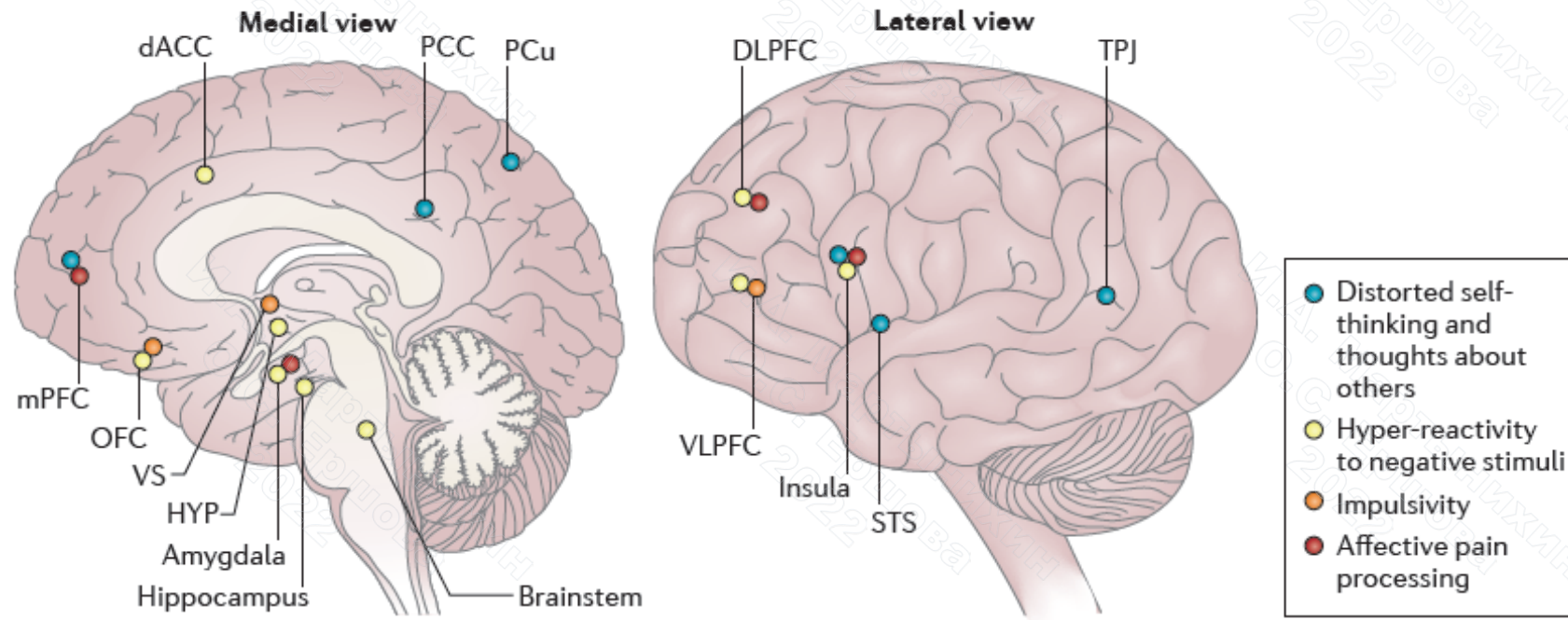
Средовые факторы и ПРЛ

- Психотравмирующие события в детстве — наиболее значимый фактор риска внешней среды, но не являющаяся обязательной предпосылка (Hengartner, M., 2013)
 - Жестокое обращение в детстве, включая физическое насилие, сексуальное насилие и пренебрежение — значительно увеличивает риск ПРЛ
 - Другие факторы: непоследовательное воспитание, чрезмерная вовлеченность матери, вызывающее отвращение поведение родителей и низкая родительская привязанность, разлучение детей с матерями в возрасте до 5 лет [Johnson, J. G., 1999, 2006, Crawford, T. N., 2013]
 - Дезорганизованный тип привязанности между матерью и детьми [Stepp S., 2011]

Генетика ПРЛ

- Вклад наследственности по данным близнецовых исследований — **0,55-0,70** [Torgersen S., 2000, Reichborn-Kjennerud T, 2013, 2015, Gunderson J., 2018, Bohus M., 2021]
 - В исследованиях полногеномного поиска ассоциаций (GWAS) отмечается перекрытие генетической предрасположенности ПРЛ с
 - Биполярным аффективным расстройством
 - Шизофренией
 - Депрессией
 - Взаимодействие ген-среда в раннем детстве => эпигенетические изменения из-за психотравм раннего детства => влияние на гены, вовлеченные в регуляцию нейропластичности, функции амигдалы, ГГН-оси
[подробнее см., например, Gunderson J., Nature, 2018]

Нейронные сети и ПРЛ



Изменение работы нескольких мозговых сетей лежит в основе фенотипов ПРЛ:

1. Оценка себя и мысли о других
2. Гиперреактивность к негативным стимулам
3. Импульсивность
4. Обработка аффективной боли

Наиболее часто ПРЛ ассоциируют с префронтно-лимбической дисфункцией (неспецифические особенности)

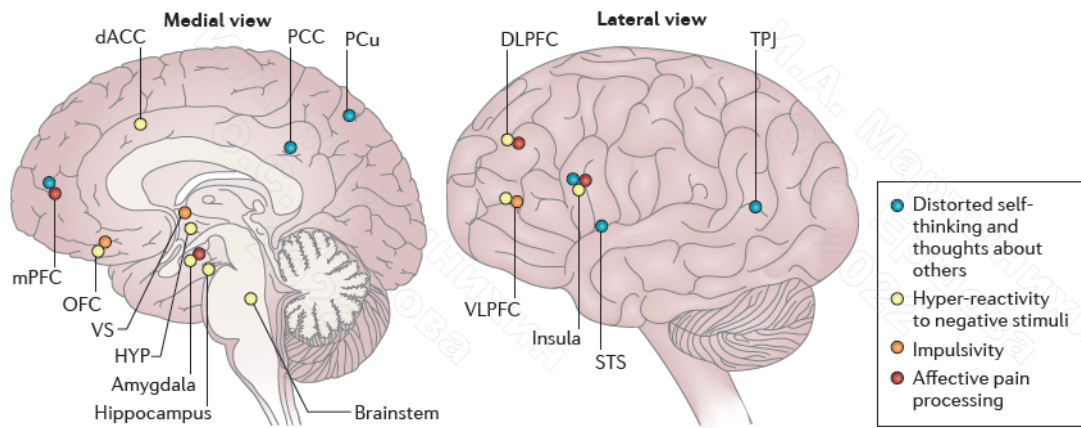


Figure 3 | **Alterations of brain circuits in BPD.** Functional alterations in midline structures such as the medial prefrontal

Gunderson J., Nature, 2018

- **Нарушения регуляции аффекта:** гиперреактивность амигдалы негативные стимулы (особенно на сигналы социальной угрозы), дисфункцией префронтальных отделов и дефицитом префронтотимбической связи
- **Искаженное мышление о себе и других** — функциональные изменения в срединных структурах, таких как медиальная префронтальная кора (mPFC), височно-теменное соединение (TPJ), задняя поясная кора (PCC) и предклинье (PCu)
- **Гиперментализацией** (то есть чрезмерной интерпретацией психических состояний) о себе и других - усиленная связь между амигдалой и срединными структурами
- **Недостаточность рассуждений о психическом состоянии других** — низкая активность в срединных структурах и сниженная активность верхней височной борозды
- **Нерефлексивное, интенсивное разделение эмоций других** — гиперактивностью инсулы
- **Импульсивность** — изменения в сетях вознаграждения и контроля, задержка дисконтирования опосредована вентральным полосатом телом (VS), недостаточное поведенческое торможение опосредовано в префронтальных областях
- **Обработка аффективной боли**, играющий главную роль в несуицидальном самоповреждающем поведении при ПРЛ, основана на двух механизмах: негативное функциональное взаимодействие между амигдалой и медиальными префронтальными областями, усиленное взаимодействие между инсулой и дорсолатеральной префронтальной корой (DLPFC)

Гормоны и ПРЛ

У лиц с ПРЛ выявляют:

- Дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси:
 - Повышение базального уровня кортизола
 - Изменение чувствительности глюкокортикоидных рецепторов
- Снижение уровня окситоцина
- Повышение уровня тестостерона (у женщин и мужчин с ПРЛ)
- Чувствительность к изменению в течение менструального цикла уровня женских половых гормонов (эстрогена и прогестерона) — влияет на выраженность симптоматики ПРЛ (схоже с ПМДР)

3. Клиника, диагностика и коморбидность

Политетическая диагностика

- DSM 3-5, МКБ-11:

Для диагностики ПРЛ нужно не менее 5 из 9 критериев

⇒ Возможно **256 различных комбинаций** критериев, которые позволят поставить диагноз [Skodol AE, 2014]

⇒ Могут быть 2 пациента с одинаковым диагнозом, у которых общий **только 1** критерий из 9

⇒ Разнородность пациентов, непохожесть их друг на друга («пограничная мозаика»)

Monothetic vs. Polythetic

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	+	+	+					
2	+	+		+				
3	+		+	+				
4		+	+	+				
5					+	+	+	
6					+	+	+	
7					+	+		+
8					+	+		+

Polythetic

Monothetic

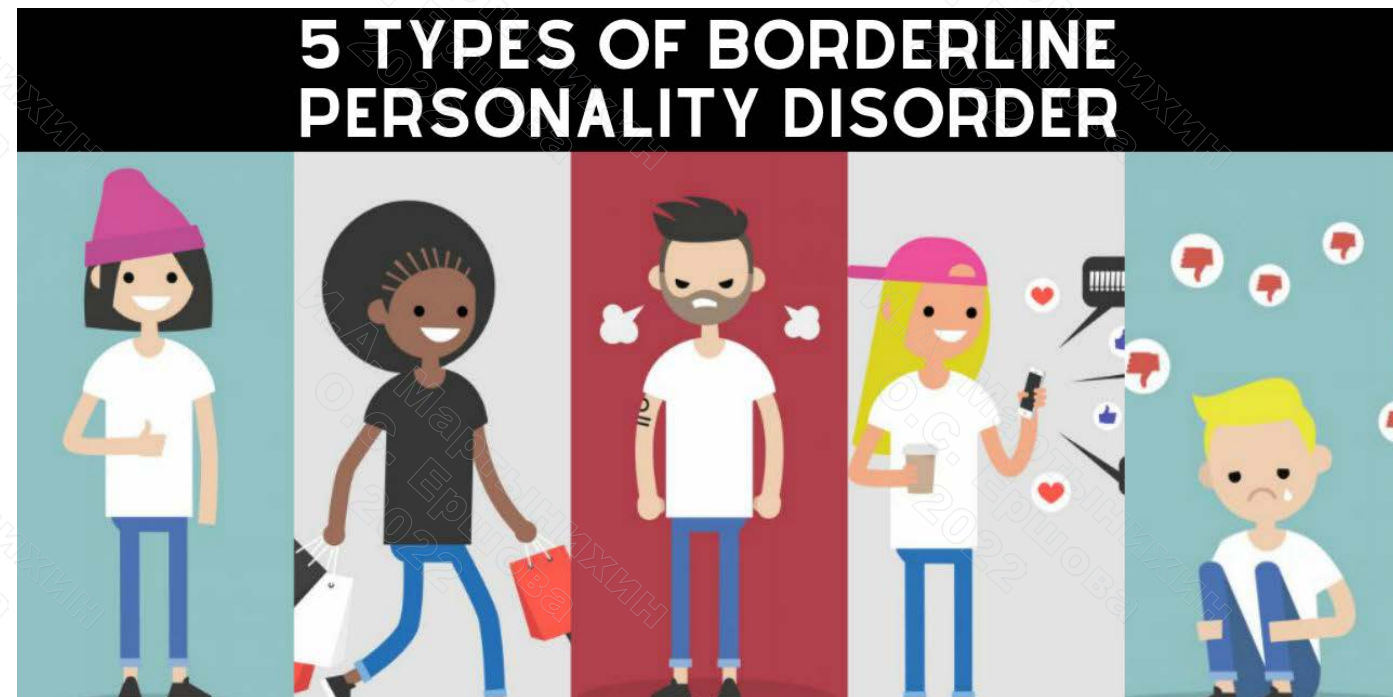
Adapted from van Rijsbergen, '79

В психологической литературе предлагают выделять типы (подтипы) ПРЛ

- Можно встретить описания 4, 5, 10 типов...
- Помогают понять разнообразие клиники ПРЛ, но не имеют убедительных научных подтверждений

Например, типы T.Millon:

1. Обескураженный (созависим, навязчив, идет вместе с толпой, чувствуя себя мрачным, удрученным, внутри зл и разочарован действиями окружающих)
2. Импульсивный
3. Обиженный/недовольный
4. Разрушающий себя



Значение критериев ПРЛ

- Чем больше критериев, тем тяжелее ПРЛ (больше неблагоприятных последствий)
- У лиц с ПРЛ:
 - Критерий **нестабильных межличностных отношений** — имеет наиболее высокие показатели прогностического значения для оценки через 2 года, т.е. в наиболее сильной степени обуславливает стабильность диагноза [Grilo C.M., 2007]
 - Критерий **хронического чувства пустоты** — имеет наибольшую связь с психосоциальными последствиями (суицидные попытки, госпитализации, социальная и профессиональная дисфункция, коморбидность с другими психическими расстройствами) [Ellison W.D., 2016]

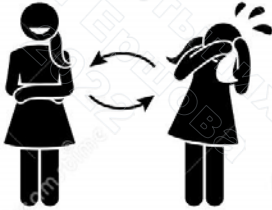
	В основном низко-функциональные «традиционные» ПЛ	В основном высокофункциональные «невидимые» ПЛ
Копинг-стратегии	Действия, направленные вовнутрь: преимущественно саморазрушительное поведение (например, самоповреждение).	Действия, направленные наружу: неконтролируемые или импульсивные приступы ярости, критика, обвинения. Связано такое поведение может быть не столько с недостатком межличностных навыков (который чаще встречается у «традиционных» ПЛ), сколько с бессознательным проецированием собственной боли на других людей.
Желание получить помощь	Самоповреждение и суицидальные попытки часто приводят этих людей в систему психиатрической помощи (как в амбулаторные, так и в стационарные учреждения). Высокая заинтересованность в терапии.	Отрицание примерно на том же уровне, что и у алкоголиков, не проходящих лечение. Отказываются от ответственности за сложности в отношениях и от лечения; в случае прямого столкновения с упоминанием диагноза обвиняют других в наличии у них ПРЛ. Могут обратиться к психотерапевту под воздействием угроз со стороны близких, но в большинстве случаев относятся к терапии несерьезно и редко в течение продолжительного времени посещают сессии.
Сопутствующие психические расстройства	Психические расстройства, требующие медицинских вмешательств и снижающие функциональность (например, биполярное расстройство или расстройства пищевого поведения).	Обычно связаны со злоупотреблением психоактивными веществами и другими расстройствами личности, особенно нарциссическим.

Функционирование	ПРЛ и связанные с ним состояния осложняют независимое существование, сохранение работы, управление личными финансами и т. п. Зачастую прибегают к помощи членов семьи.	Кажутся посторонним нормальными, даже харизматичными; с близкими демонстрируют черты ПРЛ. Могут делать карьеру и добиваться успеха.
Влияние на членов семьи	Семья сосредоточена на решении практических вопросов — поиске лечения, предотвращении/сокращении самодеструктивного поведения, оказании практической и эмоциональной поддержки. Родители испытывают острое чувство вины и эмоциональное перенапряжение.	Заболевание неочевидно, поэтому члены семьи винят себя за проблемы в отношениях и пытаются добиться удовлетворения собственных потребностей. Бесплодные попытки убедить ПЛ обратиться за помощью. Основные трудности связаны с проблемными разводами и разделением опеки.
Из книги «Руководство по пограничному расстройству личности для семей: новые инструменты и техники, помогающие перестать ходить по яичным скорлупкам». Рэнди Кререр. (HAZELDEN FOUNDATION, 2008). Опубликовано с разрешения Hazelden Foundation, Center City, MN.		

Borderline Personality Disorder (BPD)



Distorted Self-image



Mood Swings



Unstable Relationships



Fear of Abandonment



Impulsive



Self-Injury



Risky Behavior



Feeling of Emptiness



Suicidal Threats



Suspicious



Inappropriate Anger

1. Избегание реальной или воображаемой участи быть покинутым
2. Нестабильные и интенсивных межличностные отношений
3. Нарушение идентичности
4. Склонность действовать опрометчиво в состояниях сильного негативного аффекта,
5. Эпизоды самоповреждения
6. Эмоциональная
7. Чувство пустоты/опустошенности
8. Неуместный гнев
9. Преходящие диссоциативные симптомы или психотические явления

Понять ПРЛ:

4 фенотипа/группы симптомов

1. Аффективная/эмоциональная нестабильность
 - Нестабильность настроения
 - Гнев
 - Чувство пустоты
2. Нестабильность межличностных отношений
 - Избегание отвержения
 - Интенсивные нестабильные отношения
3. Нестабильность образа «Я» и познавательных процессов
 - Нарушения идентичности
 - Параноидные идеи и диссоциативные симптомы
4. Поведенческая дисрегуляция/нестабильность
 - Суицидальное и само-повреждающее поведение
 - Импульсивность

Понять ПРЛ:

4 фенотипа/группы симптомов

1. **Аффективная/эмоциональная нестабильность**
 - Нестабильность настроения
 - Гнев
 - Чувство пустоты
2. **Нестабильность межличностных отношений**
 - Избегание отвержения
 - Интенсивные нестабильные отношения
3. **Нестабильность образа «Я» и познавательных процессов**
 - Нарушения идентичности
 - Параноидные идеи и диссоциативные симптомы
4. **Поведенческая дисрегуляция/нестабильность**
 - Суицидальное и само-повреждающее поведение
 - Импульсивность

Общее:
НЕСТАБИЛЬНОСТЬ
(дисрегуляция)

Понять ПРЛ:

4 фенотипа/группы симптомов

DSM-5 (2013)

Borderline Personality Disorder

Diagnostic Criteria

301.83 (F60.3)

A pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image, and affects, and marked impulsivity, beginning by early adulthood and present in a variety of contexts,

- Интенсивные нестабильные отношения
3. Нестабильность образа «Я» и познавательных процессов
- Нарушения идентичности
 - Параноидные идеи и диссоциативные симптомы
4. Поведенческая дисрегуляция/нестабильность
- Суицидальное и само-повреждающее поведение
 - Импульсивность

Общее:
НЕСТАБИЛЬНОСТЬ
(дисрегуляция)

1. Эмоциональная нестабильность

- Эмоциональные американские горки
- Черно-белое мышление
- Чрезмерная яркость эмоциональных переживаний
- Повышенная чувствительность к неудачам
- Гнев
- Чувство пустоты

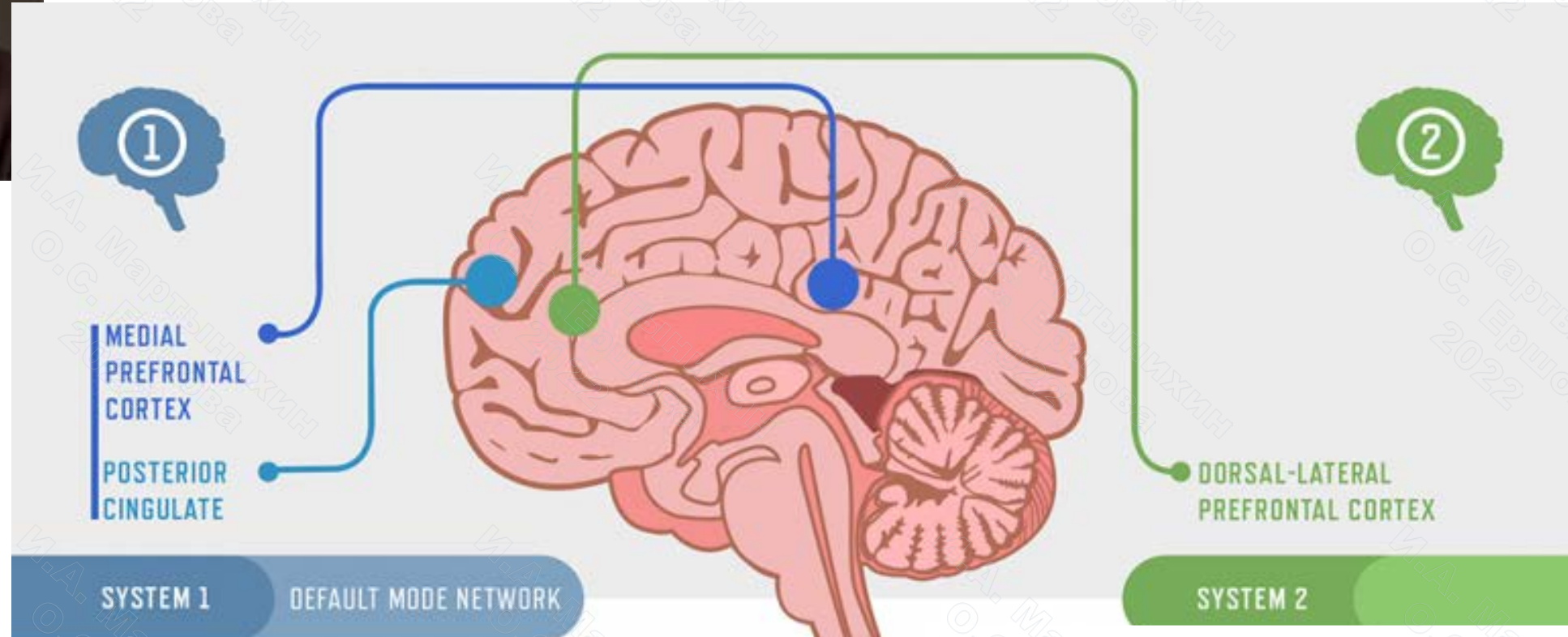
Как объяснить
эмоциональным качелям,
что я уже накатаюсь?



Системы принятия решений

Д. Канеман

Нобелевская премия по экономике 2002 года



Быстрая
Автоматическая, без усилий
Ассоциативная, интуитивная
Связана с эмоциями, мечтательность
Медленно обучается
Развивалась эволюционно раньше

Медленная
Последовательная, требующий усилий
Контролируемая сознанием
Подчиняющаяся цели, рациональная
Гибкая, обучается, для сложных решений
Эволюционно развивалась позднее

Аффекты в общей психопатологии

— предельно выраженные эмоциональные реакции, возникающие при столкновении с экстремальными ситуациями, способны тормозить другие психические процессы (напр., рациональное мышление), навязывая закрепленный эволюцией способ «аварийного» преодоления ситуации:

- **«Бей»** — агрессивное поведение, направленное на устранение угрозы. Следует различать **физиологический аффект** («состояние сильного душевного волнения», по сути — аффективно-суженное состояние сознания) и **патологический аффект** (сумеречное помрачение сознания)
- **«Беги»** — психомоторное возбуждение, «двигательная буря»; нецеленаправленные, плохо осмысляемые действия, которые потенциально могли бы помочь «вырваться» из ситуации, но зачастую, напротив, несут дополнительную опасность
- **«Замри»** — двигательный ступор (обездвиженность), «мнимая смерть»; эмоции «парализуют» деятельность, необходимую чтобы избежать грозящую опасность

Хорошее настроение /
Повышенная активность

Выражено

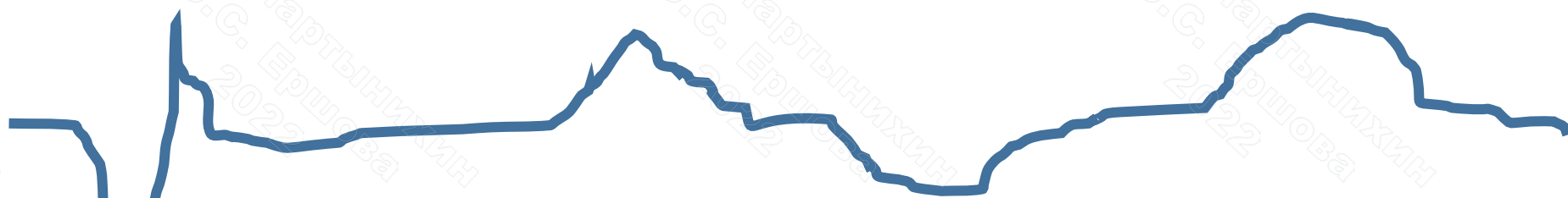
Умеренно

Нейтрально

Умеренно

Выражено

Плохое настроение /
Сниженная активность



«Обычный человек»

Хорошее настроение /
Повышенная активность

Выражено

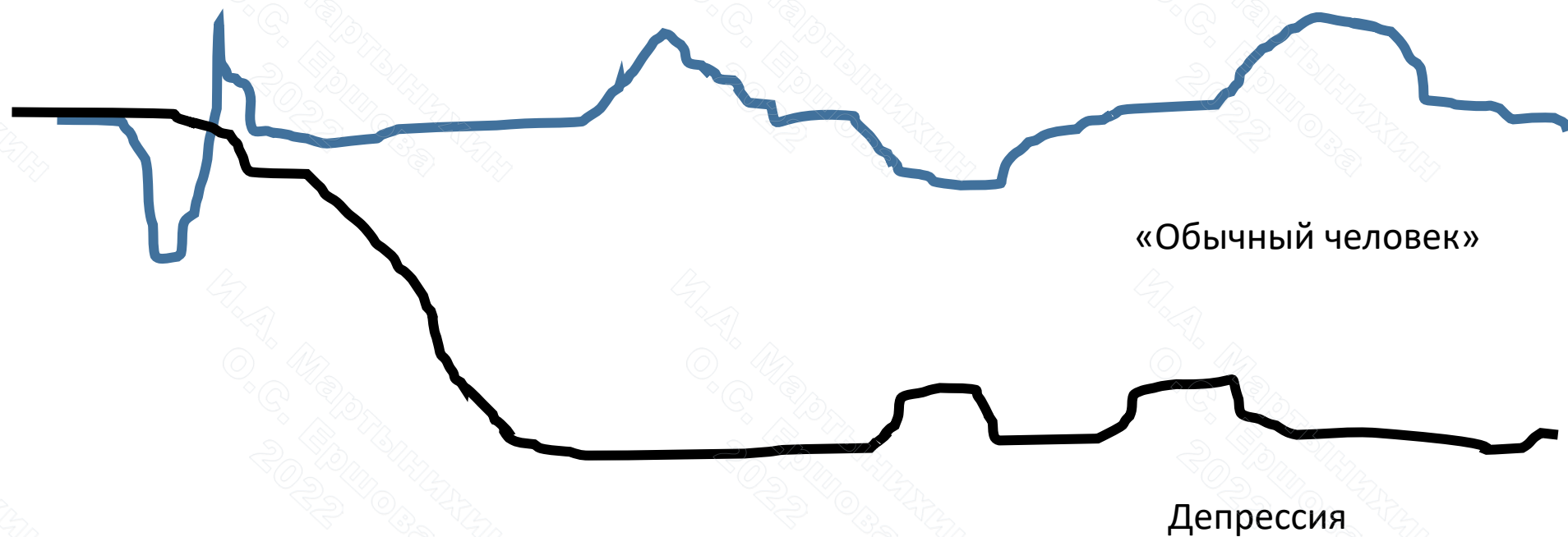
Умеренно

Нейтрально

Умеренно

Выражено

Плохое настроение /
Сниженная активность



«Обычный человек»

Депрессия

Хорошее настроение /
Повышенная активность

Выражено

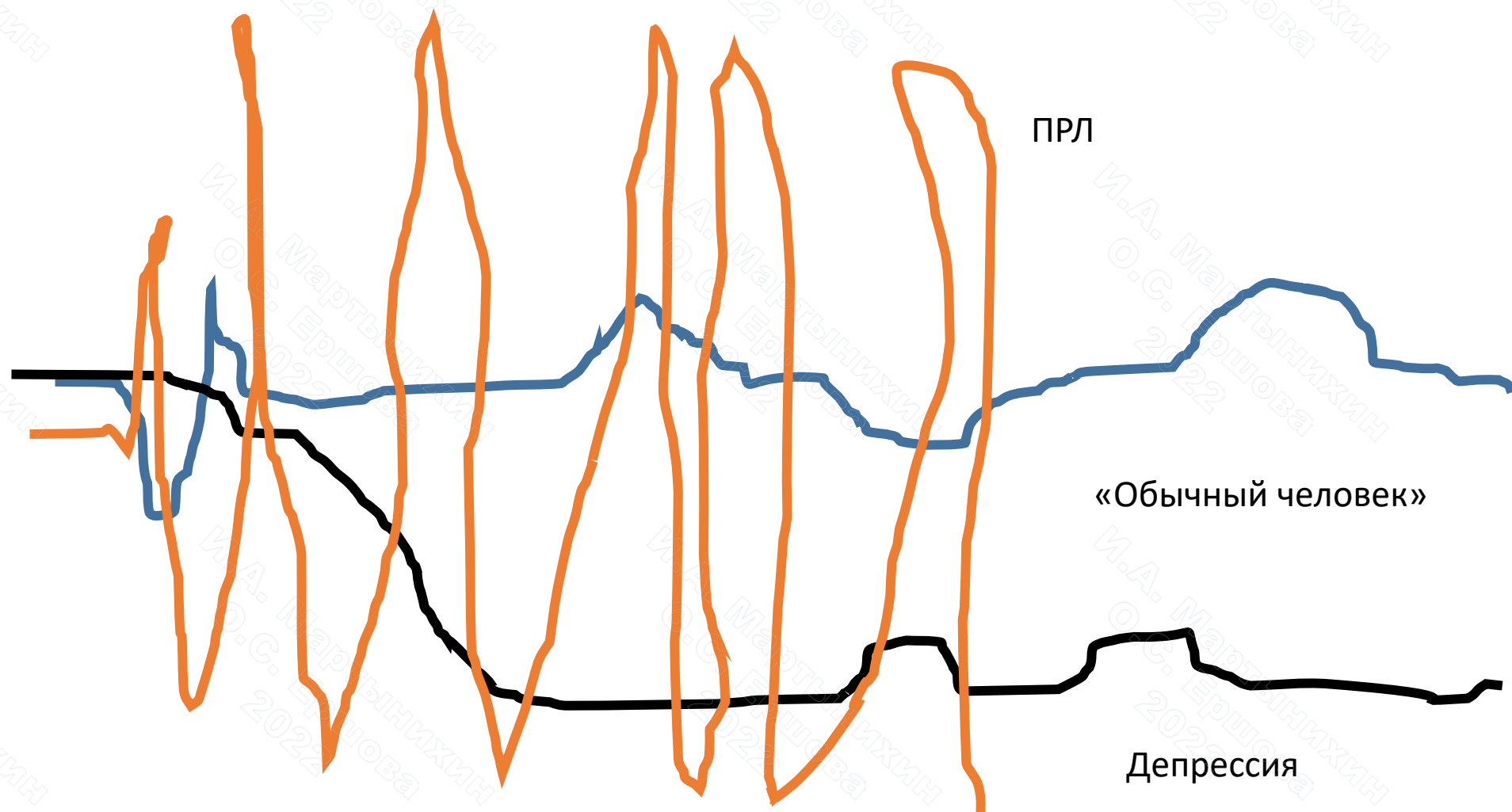
Умеренно

Нейтрально

Умеренно

Выражено

Плохое настроение /
Сниженная активность



Хорошее настроение /
Повышенная активность

Выражено

Умеренно

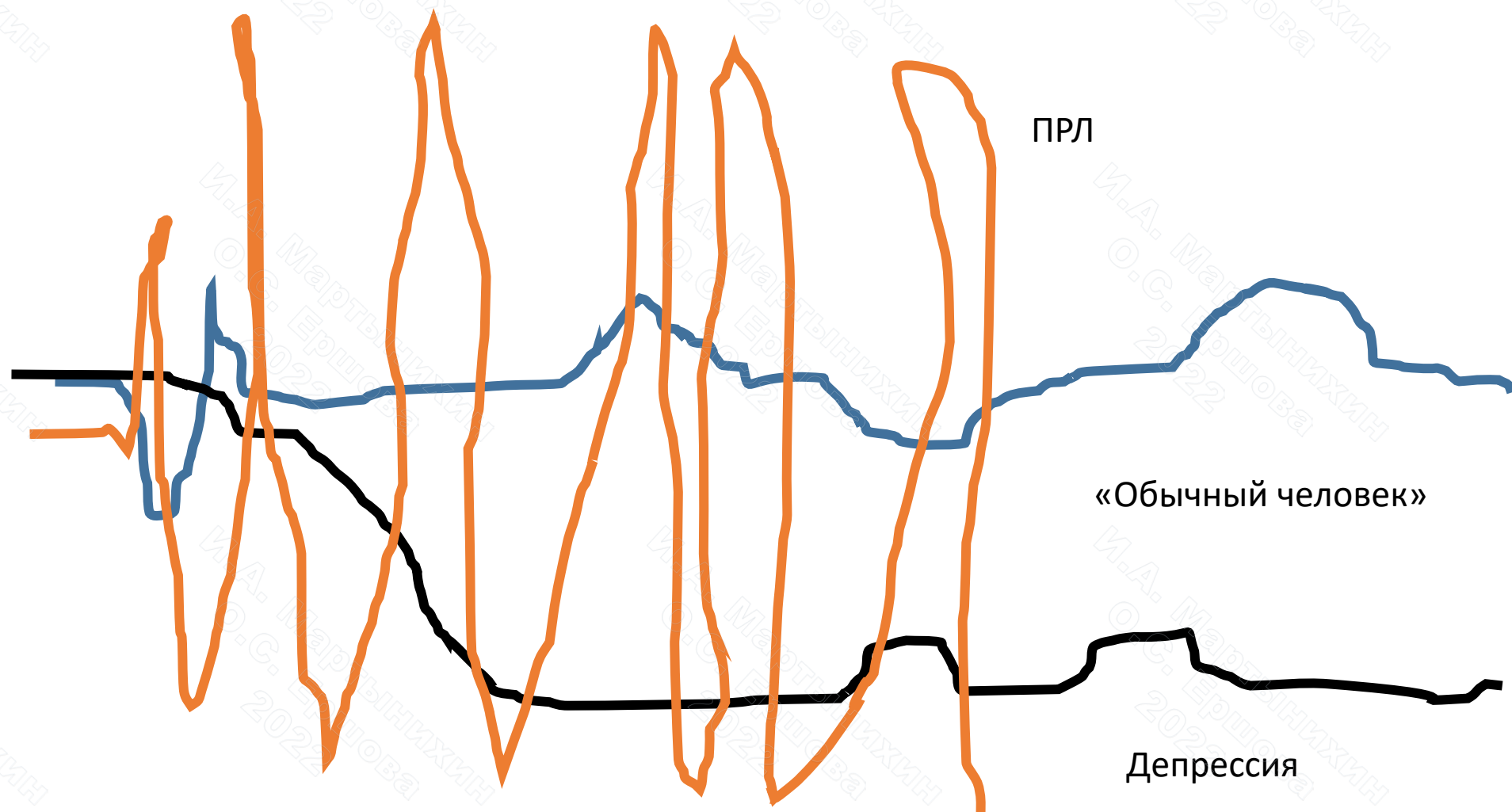
Нейтрально

Умеренно

Выражено

Плохое настроение /
Сниженная активность

Межличностная импульсивность, гнев, тревога



Грусть, безнадежность, пустота, самообвинение, изоляция, селф-харм

ПРЛ или депрессия

ПРЛ

- Включает широкий спектр эмоций
- Большой спектр разнообразного поведения
- Длительное персистирование (годы)

Альтернативные названия для ПРЛ:
Mood dysregulation disorder,
Pervasive disorder of the emotional regulation system

Депрессия

- Сниженное настроение
- Идеомоторная заторможенность
- Стабильность на относительно длительных отрезках времени (недели, месяцы)
- Обострения/ремиссии

2. Нестабильность межличностных отношений

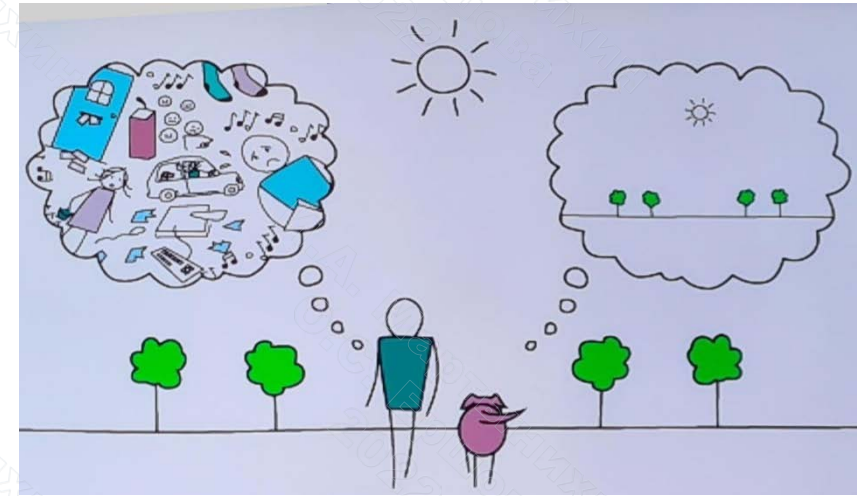
- Буря в отношениях: колебаниями между идеализацией и обесцениванием
- Одновременно как с сильное желание, так и со страх близости
- Недостаток понимания личных границ/дистанции: если партнер сближается — ощущения удушья, контроля, подчинения, поглощения; если отстраняется и дистанцируется — ощущение покинутости, брошенности. Обе крайности вызывают яркие эмоциональные реакции (что отталкивает многих партнеров)
- Нестабильность: скачет туда-сюда — от зависимости до яростной манипуляции; от приливов благодарности до иррационального гнева; либо лучший друг, либо враг
- Страх покинутости — чрезмерная боль при расставании
- «Favorite Person» — сильная привязанность к конкретному человеку, он заменяет всех и всё, с желанием постоянно быть с ним, получать подтверждения о своей уникальности, знать о том, что его любят и никогда не бросят (контролировать его)
- Сложности с правильной оценкой социальных сигналов, объективной оценкой качеств партнеров (при этом уязвимые стороны других людей могут хорошо видеть и использовать)

3. Нестабильность образа «Я»

- Нет устойчивого ядра собственной идентичности, постоянства своего «Я» (своих способностей, интересов, целей, ценностей)
- Постоянно подвергает проверке, переоценке, сравнению свои качества; оценивает сиюминутно, игнорируя предшествующий опыт
- Изменчивость целей, недостаток долгосрочного планирования, видения планомерного пути своего развития
- Частые изменения интересов → малые достижения в долгосрочной перспективе → снижение самооценки
- Отсутствие целей → чувство бессмысленности жизни, мысли о самоубийстве
- Осуждает себя / чувство вины, отличия от других людей
- Ощущение, что не знает себя настоящим, играет роль, поиск себя
- Попытки себя изменить, усовершенствовать:
 - Расстройства пищевого поведения, изменения имиджа, иногда пола, профессии (часто поиск помогающих профессий, психологические направления)
- Может подвергаться влиянию извне

Нестабильность познавательных процессов

- Гиперментализация (чрезмерная интерпретация психических состояний) о себе и других
- Дерезализация/деперсонализация
- Транзиторные (суб)психотические переживания в стрессовых ситуациях
- «Чувства порождают факты» — пересматривают факты в зависимости от текущих эмоций
- «Игра в проекции»: переживает отрицательные эмоции, но приписывает (часто в форме обвинений) их не себе, а другому (н., партнеру)
- *Иногда*: «Игра в проекции» => отрицание своего диагноза, своих эмоциональных проблем (т.е. болезненно признать свое несовершенство) => приписывание болезней окружающим и обвинения их в насилии



4. Поведенческая дисрегуляция

- Импульсивность — необдуманные поступки
- Прямое выражение гнева
- Вербальное/физическое насилие
- Зависимости (алкоголь, наркотики, еда, покупки, игромания и пр.)
- Деструктивное поведение (опасное вождение, неразборчивость в сексуальных связях, рискованное поведение в других сферах)
- Селф-харм
- Суицидные попытки

Терминология в суицидологии

Самоубийство, суицид,
завершенный суицид

Акт умышленного убийства самого себя, закончился летально

Суицидная попытка, прерванный
суицид, незавершенный суицид

Намеренное самоповреждение, которое имеет летальные намерения, но не закончилось летально (т.к. истинные намерения действий выяснить сложно, ВОЗ (2014) предлагает относить и случаи с нелетальными намерениями)

Самоповреждение (селфхарм)

Намеренные самоповреждения с нелетальными целями

Суицидальное поведение

Включает мысли о суициде (или идеацию), планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид (ВОЗ, 2014)

Истинный суицид

Есть намерение (цель) лишить себя жизни

Демонстративный суицид

Изначальная цель не лишить себя жизни, а «крик о помощи», попытка обратить на себя и свои проблемы внимание окружающих

Скрытый суицид
(саморазрушающее
поведение)

Опасное/сокращающее жизнь поведение при понимании этого и безразличном отношении к его последствиям

Наталья Пелезнева • 8 марта • Популярное

Острые предметы: что такое селфхарм и почему люди намеренно вредят себе

Селфхарм, или намеренное самоповреждение, окружено мифами. Психологи начали его изучать совсем недавно. Что ученым известно о нем сегодня, как связаны физическая боль и психологическое состояние человека и почему некоторые виды селфхарма общество осуждает, а некоторые поощряет, разбирается журнал «Нож».



Поделиться | 132



Пошерить | 12

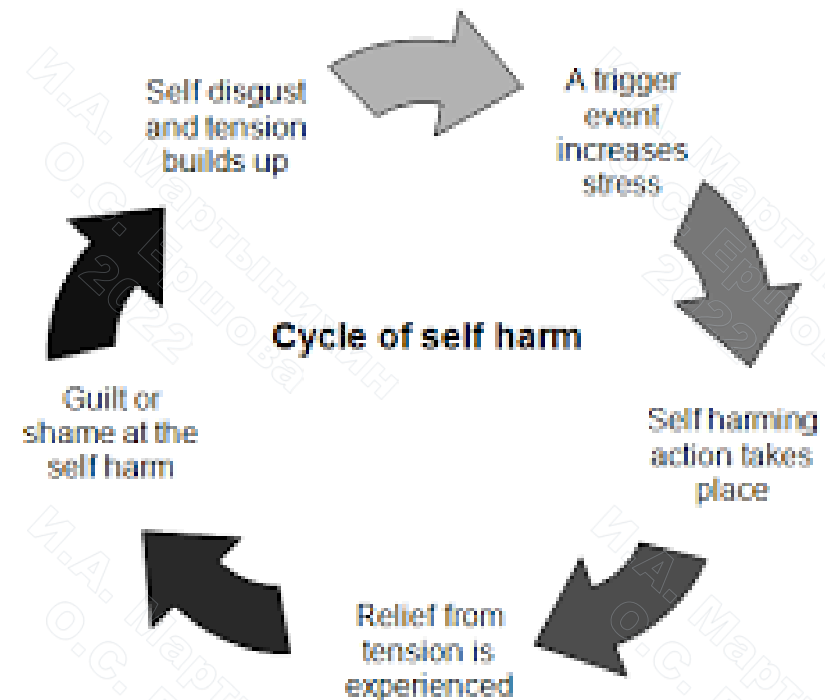
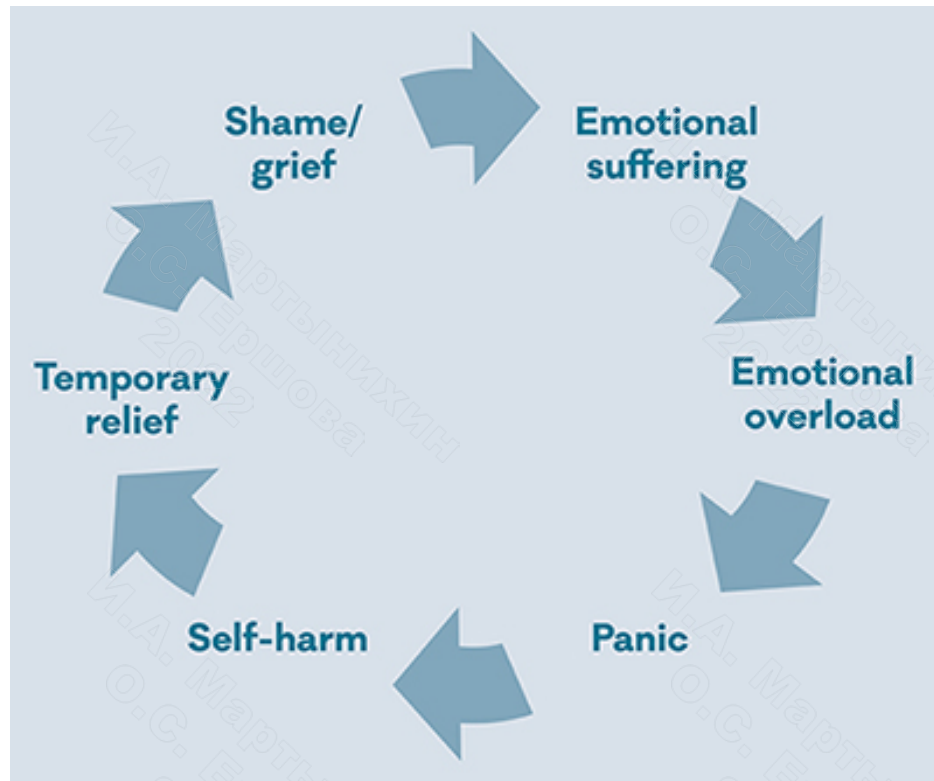


Что считать самоповреждением?

Официальное название селфхарма — «несуицидальное самоповреждение» (non-suicidal self-injury, NSSI), что означает осознанные попытки навредить



Селфхарм как вариант зависимого поведения

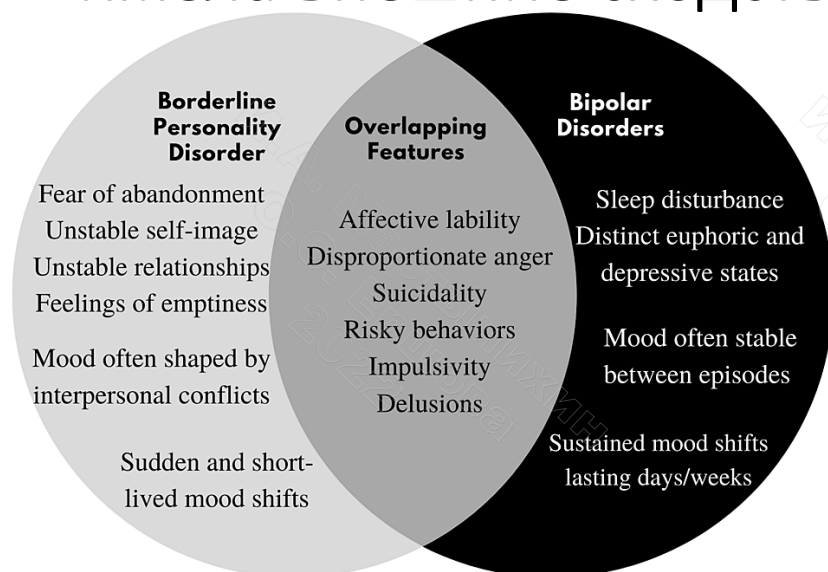


Обращаемость за помощью

- Пациенты с ПРЛ обычно обращаются за помощью:
 - Для лечения какого-либо сопутствующего расстройства (депрессии, тревоги, расстройств, связанных со стрессом, ДП/ДР, зависимостей)
 - После суицидной попытки или значимого самоповреждения
 - В ситуации межличностного кризиса (разрыв с партнером, потеря работы, отчисления из школы/ВУЗа и пр.)
 - Для исключения какого-либо предполагаемого психического расстройства, которое в действительности отсутствует (напр., шизофрении, БАР, аутизма, СДВГ, социофобии и пр)
 - По инициативе кого-то из близких (не всегда есть готовность сотрудничать с врачом)

ПРЛ — часто диагноз исключения

- Диагноз ПРЛ можно заподозрить в случае длительного и безуспешного лечения другого психического расстройства, с которым симптоматика ПРЛ имела внешние сходства



Коморбидность ПРЛ

- Пациенты с ПРЛ в течение жизни имеют риск страдать вторым психическим расстройством:
 - 84,5% — тревожные, фобические и связанные со стрессом расстройства
 - Включая 30,2% — ПТСР
 - 82,7% — расстройства настроения
 - Включая 21,6% — БАР-1, 37,7% — БАР-2
 - 78,2% — зависимости от ПАВ
 - 33,7% — СДВГ
- + другие типы расстройств личности

цит. по Bohus M., Lancet, 2021

Скрининговый опросник: MacLean Screening Instrument for BPD

Больше 7 «да» => высокий риск ПРЛ

1. Были ли у Вас когда-либо проблемы в близких (партнерских) отношениях из-за множества ссор или неоднократных расставаний?
2. Наносили ли вы себе когда-либо намеренно физический вред (например, били себя кулаком, резали, обжигались)? Были ли у Вас попытки самоубийства?
3. Были ли у вас по крайней мере две из других проблем с импульсивностью (например, переедание и необдуманные траты, чрезмерное употребление алкоголя или вспышки словесной агрессии)?
4. Были ли Вы очень не в духе/в плохом настроении?
5. Как часто Вы злились значительную часть времени? Как насчет того, чтобы часто вести себя гневно или саркастически?
6. Часто ли Вы сомневаетесь в других людях?
7. Бывало ли у Вас, чтобы Вы часто чувствовали нереальность себя или будто бы окружающее нереально?
8. Испытывали ли Вы чувство пустоты длительное время?
9. Часто ли вы чувствовали, что понятия не имеете о том, кто вы есть, или что у вас нет идентичности?
10. Предпринимали ли вы отчаянные попытки избежать чувства покинутости (например, неоднократно звонили кому-то, чтобы заверить себя, что он или она все еще заботятся о вас, умоляли их не оставлять вас, искали физическую близость с ними)?

ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ
ДА	НЕТ

4. Течение и последствия

Ремиссии при ПРЛ

В долгосрочных исследованиях

- За 16 лет: 99% пациентов были в ремиссии (2 или менее критериев) не менее 2 лет, 78% — не менее 8 лет [Zanarini, M. C., 2012]
- За 10 лет: 85% были в ремиссии не менее года [Gunderson, J. G., 2011]
- **50%** через 10 лет наблюдения и **60%** через 16 лет — одновременно в ремиссии ПРЛ, с хорошим социальным функционированием и работающие полный рабочий день [Zanarini, M. C., 2010]
- Хуже ремиссии: большая тяжесть на старте исследования (больше критериев), больше функциональные нарушения, хуже качество отношений.
- Более того, пациенты, которые выздоровели, значительно реже разводились или прекращали отношения сожительств, а также реже отказывались от ребенка или теряли опеку над ним (7% против 51%), чем пациенты, которые так и не выздоровели.

[Gunderson, J. G., 2018]

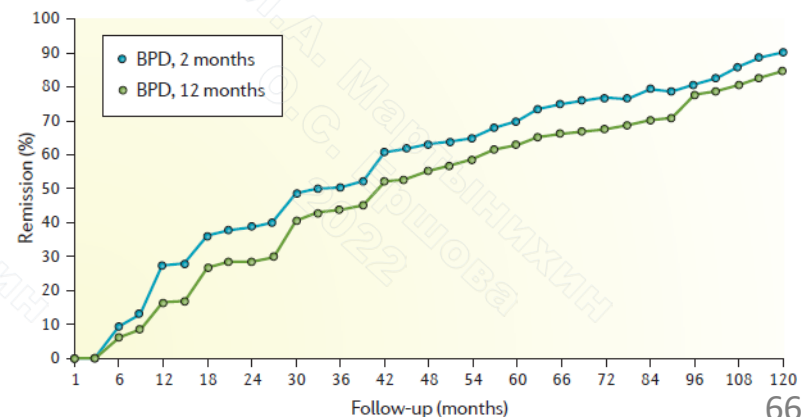


Figure 4 | Rates of symptomatic remission of BPD. Remission of borderline personality

Продолжительность жизни

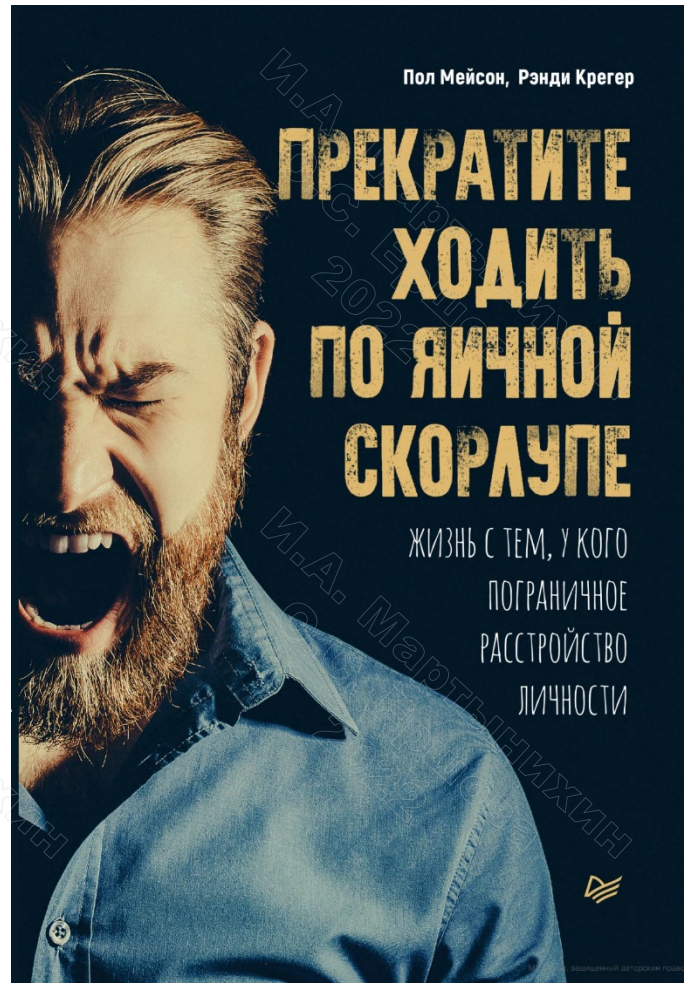
- Завершенный суицид:
 - За 16 лет 4,5% лиц с ПРЛ совершили суицид и 4,5% умерли от других причин (для сравнения при других РЛ 1,4% суицид и 1,4% от других причин) [Zanarini, M. C., 2016]
 - Риск суицида в настоящее время оценивается в диапазоне 2-6%, а не 8-10%, как раньше [Bohus M., 2021]
- Риск сопутствующих соматических расстройств также значительно повышен у людей с ПРЛ, включая повышенный риск инфекционных заболеваний (например, ВИЧ, гепатит), эндокринных и метаболических заболеваний, сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний
- Двухлетняя смертность у людей с ПРЛ вдвое выше, чем в общей популяции (отношение шансов 2,30, 95% ДИ 2,06–2,54), что приводит к потере жизни на 6–7 лет по сравнению с общим населением [Schneider F, 2019]

ПРЛ у подростков

- **Подростки с ПРЛ более яркие**, чем взрослые: чаще обращаются за медицинской помощью с более острыми проявлениями ПРЛ (такими как самоповреждения, суицидальное поведение и импульсивность), чем с другими проявлениями (такими как нарушение идентичности, нестабильными отношениями и страхом быть покинутым) [Kaess, M., 2014]
- **Не очень высокая диагностическая стабильность** диагноза ПРЛ у подростков:
 - лишь у 14–40% лиц, у которых диагноз ПРЛ был поставлен до 19 лет, диагноз сохранялся в период от 2 до 20 лет [Winsper C., 2007]
- ПРЛ, начавшееся в раннем возрасте, **может со временем улучшиться, но часть лиц с более тяжелыми симптомами имеют риск сохранения ПРЛ** в раннем взрослом возрасте и имеют **серьезные социальные, образовательные, рабочие и финансовые проблемы** в более позднем возрасте [Crawford TN, 2008]
 - ПРЛ в возрасте 14-17 лет связано с нарушением многих сфер психосоциального функционирования (включая успеваемость, самовосприятие, социальные навыки и сексуальное поведение) [Wright, A., 2016]
- В совокупности эти данные свидетельствуют о том, что **ПРЛ следует распознавать и лечить в детском и раннем подростковом возрасте**, а раннее вмешательство может предотвратить хроническое течение ПРЛ и стойкую связанную с ним психосоциальную заболеваемость [Chanen AM, 2015]

ПРЛ и близкие

- Неблагоприятная психотравмирующая обстановка для окружающих (родителей, детей, партнеров)



ПРЛ и дети

- Родитель с ПРЛ — последствия для детей:
 - Эмоционально нестабильный родитель -> непоследовательность в воспитании
 - Эмоциональная отстраненность, уходы из дома родителей
 - Пренебрежение потребностями ребенка
 - Семейные неурядицы, скандалы, смена партнеров
 - Гнев, агрессия в адрес ребенка, обвинения ребенка, физическое насилие
 - Родительский образец нездорового совладания со стрессовыми ситуациями
 - Сложности с адекватной оценкой реальности ребенком из-за непоследовательного, обусловленного эмоциями мышления родителя
- Влияние наличия маленьких детей на родителя с ПРЛ:
 - Маленькие дети в норме эмоционально нестабильны, капризны, непослушны, не принимают границ, требовательны, не учитывают эмоционального состояния родителя -> дестабилизируют состояние родителя с ПРЛ
 - Сложности сепарации с детьми

5. Помощь

Общие принципы

- **Объяснение диагноза, информирование о ПРЛ для формирования верных представлений о проблемах и улучшении терапевтического альянса**
- **Терапией первой линии должны быть психосоциальные вмешательства, медикаменты имеют дополнительную/опциональную роль**
- Адекватная, достаточная поддержка в зависимости от клинической тяжести
- Раннее вмешательство и показанная профилактика для лиц, подверженных риску
- Этапность, приемственность терапии
- Информированное/совместное принятие решений
- Индивидуальные кризисные планы для предотвращения кризисов и управления ими
- Сосредоточенность на психосоциальном функционировании и жизни вне терапии
- Вовлечение значимых других (т.е. родственникам, партнерам или другим близким людям, профессиональным опекунам; родителям или опекунам детей и молодых людей) в помощь, их информирование о полезных способах взаимодействия (сопереживание, непредвзятое отношение и избегание сильно выраженных эмоций, вина или чрезмерная защита)
- Если есть дети-иждивенцы, убедитесь в благополучии детей

Gunderson J., 2018, Bohus M., 2021



5.1 Фармакотерапия ПРЛ

Фармакотерапия ПРЛ

- **Ни у одного лекарства не зарегистрировано показание «лечение ПРЛ»** — использование всех лекарств off-label
 - Английские, Австралийские клинические рекомендации не включают рекомендации по использованию лекарств для лечения ПРЛ
 - Американские — включают использование медикаментов, нацеленное на определенные симптомы
- American Psychiatry Association (APA). (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches*.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2009). Borderline Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management. *The British Psychological Society, London*.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (2012). Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. *Melbourne: National Health and Medical Research Council*.

Использование медикаментов при ПРЛ

- В обычной практике более вероятно использование медикаментов, чем в специализирующихся на помощи лицам с ПРЛ клиниках
- Часто полипрагмазия (40% — больше 3 препаратов одновременно, 10% — больше пяти)
 - Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 28-36.
 - Crawford, M. J., Kakad, S., Rendel, C., Mansour, N. A., Crugel, M., Liu, K. W., Paton, C., & Barnes, T. R. (2011). Medication prescribed to people with personality disorder: The influence of patient factors and treatment setting. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 396-402.

=> медикаменты используются, когда не хватает психосоциальной поддержки, от безысходности

3 группы препаратов и их возможные целевые симптомы при ПРЛ

- Антипсихотики
 - Агрессия, импульсивность
 - Искажения познания и восприятия
- Нормотимики
 - Агрессия, импульсивность
 - Эмоциональная нестабильность
- Антидепрессанты
 - Раздражительность, импульсивность
 - Эмоциональная нестабильность
 - Сопутствующие аффективные расстройства/симптомы

Кветиапин при ПРЛ

- Исследование с использованием доз 150 и 300 мг/сут
- Доза 150 мг — более эффективна
- Рекомендовано использовать наименьшие эффективные дозы, непродолжительное время, в периоды декомпенсаций [Black, D. W., 2014]
- При исследовании когорты пациентов, выявлено, что клозапин способен воздействовать на суицидный риск и самоповреждения при ПРЛ [Rohde C., 2018]

Ламотриджин

- Исследования дают противоречивые результаты (есть вопросы к их методологии)
 - Маленькое исследование (28 чел) — ламотриджин 100 мг/сут имеет положительные эффекты в отношении эмоциональной нестабильности [Reich D.B., 2009]
 - Большее исследование (276 чел, более тяжелые симптомы) — ламотриджин 12 месяцев — не лучше плацебо в отношении симптомов ПРЛ, самоповреждения и пр. (цели? выборка?) [Crawford M.J., 2018]
 - Может быть эффективен при легких-умеренных проявлениях ПРЛ, широко применяется на практике

Литий — нет качественных исследований, в исследовании Links, P. S, 1990 недостаточно эффективности, токсичность. Не рекомендован при ПРЛ [Olabi, 2010]

Антидепрессанты при пограничном расстройстве личности

- **Рекомендации NICE (2009, обновление 2018):**
- Серотонинергические антидепрессанты могут положительно влиять на:
 - Депрессивные симптомы
 - Тревожные симптомы
 - Навязчивости
 - Приступы переедания
 - Импульсивность
 - Агрессивность
- Все антидепрессанты могут повышать риск суицида у лиц до 24 лет
- Использование трицикликов должно быть исключено из-за высокого риска самоотравлений
- В итоге, антидепрессанты (вкл. СИОЗС) часто используются при ПРЛ. Однако, в качественных РКИ их эффективность для самого ПРЛ не подтверждена, но м.б. эффективны для сопутствующей депрессии, тревоги, ПТСР [Ripoll L.H., 2013]

Другие препараты для лечения ПРЛ

- Омега-3 жирные кислоты — улучшают эмоциональную регуляцию, контроль импульсов, снижают суицидальность [Bozzatello P., 2018, Hallahan, B., 2007]
- Другие рассматриваемые для лечения ПРЛ препараты, которые не имеют в настоящее время качественных доказательств своей эффективности/безопасности
 - Арипипразол
 - Окситоцин
 - Метилфенидат
 - Клонидин
 - Мемантин
 - Налтрексон
 - Бупренорфин
 - Кетамин
 - ТМС

Links P., 2022

5.2 Психотерапия ПРЛ

Ольга Ершова, психолог, DBT-терапевт

Психотерапия ПРЛ

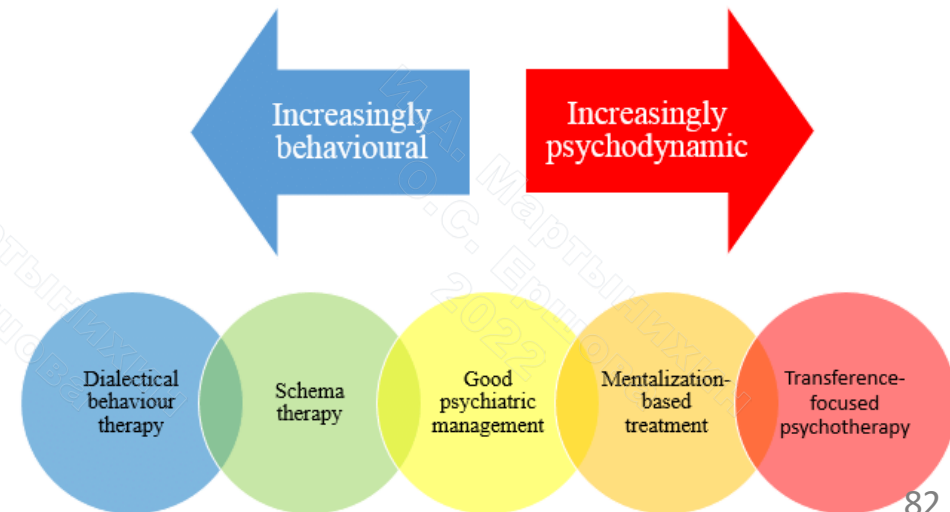
Психотерапия — основа лечения пограничного расстройства личности

Многие психотерапевтические интервенции способствуют предотвращению:

- суицидального поведения и самоповреждения
- снижению интенсивности симптомов депрессии
- уменьшению выраженности эмоциональной дисрегуляции

Большая четверка методов психотерапии, которые имеют доказательную эффективность при ПРЛ:

1. Диалектико-поведенческая терапия
2. Схема-терапия
3. Терапия, основанная на ментализации
4. Психотерапия, сфокусированная на переносе



МВТ

Терапия, основанная на ментализации (mentalization based therapy)

- автор Питер Фонаги
- специфический тип психодинамически-ориентированной психотерапии, разработанной для ПРЛ

Ментализация — это нормальная психологическая деятельность, которая позволяет нам осмысливать поведение через понимание наших собственных мыслей и чувств

Терапевт с помощью специальных техник помогает клиенту восполнить дефицит способности к ментализации и помогает увидеть альтернативные варианты, меняя таким образом убеждения

Schema Therapy

Схема-терапия

- автор метода Джеффри Янг
- это терапия, которая сочетает в себе когнитивно-поведенческую терапию и теорию привязанности

Схема — это набор глубинных убеждений о себе, других и мире, которые формируются в детстве и развиваются на протяжении жизни.

В ранние годы человек мог столкнуться с отвержением и с жестоким обращением. Это формирует особый паттерн восприятия действительности — схему. Когда взрослый человек сталкивается с проблемными ситуациями, то воспринимает её сквозь призму своих схем и реагирует в соответствии со своим детским опытом.

TFP

Психотерапия, сфокусированная на переносе (transference focused psychotherapy)

- авторы Отто Кернберг и Франк Йоманс
- это метод психоаналитической терапии лечения ПРЛ

Фокус внимания при данном виде психотерапии направлен на фундаментальный «раскол», который определяет способ переживания пациентом себя, других и окружающую среду.

Он приводит к хаотическим межличностным отношениям, импульсивному саморазрушающему поведению и другим симптомам ПРЛ.

Терапевт помогает интегрировать эти представления в единое целое в виде баланса, в противовес категоризации в оценке себя и других, сопровождающей ПРЛ.

DBT

Диалектическая поведенческая терапия (*dialectical behavior therapy*)

- Автор Марша Линехан
- Диалектичный когнитивно-поведенческий подход

Данный вид терапии зародился в США в 1980-х годах, как специфическое ответвление когнитивно-поведенческой терапии. Марша Линехан — психотерапевт, доктор психологических наук — в начале карьеры практиковала КПТ при лечении ПРЛ, но это оказалось недостаточно эффективно, так как в КПТ основа терапии — изменения, которые осуществляет клиент с помощью терапевта и техники работы с мыслями, эмоциями, поведением. Люди с ПРЛ же, считают себя недостаточно хорошими и когда терапевт говорит, что образ мыслей, сильные эмоции и неэффективное поведение нужно изменить — клиенты чувствуют себя непонятыми, неправильными и как следствие, выпадают из терапии.

Так Марша Линехан начала искать, что можно добавить в терапию, чтоб ее сбалансировать. По итогу были добавлены практики осознанности и принципы принятия из практик Дзен, данные практики имеют доказательную эффективность и по-другому называются Mindfulness.

И так же сформировала DBT на основе диалектической философии, предполагающей неизбежность возникновения в терапии пациентов с ПРЛ множества трудно сочетаемых противоположностей, которые можно привести к синтезу за счёт гибких диалектических паттернов мышления и поведения взамен ригидных.

Диалектика учит нас:

Всё состоит из противоположных сил/противоборства

Постоянно только изменение

Изменения обоюдны

Основная цель ДБТ: диалектический синтез

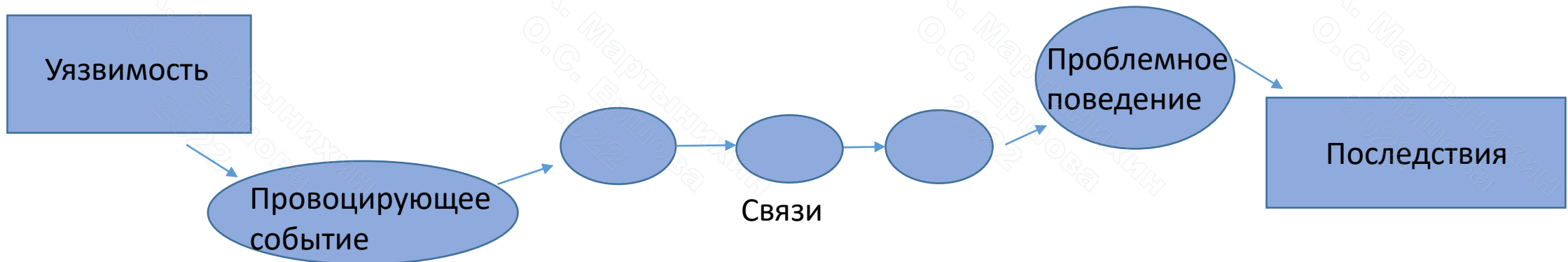


Составляющие DBT

1. Лечение, созданное для регуляции эмоций
2. Лечение, основанное на теоретических основах и предположениях (предполагающее, что навыки необходимы)
3. Программа, направленная на реализацию конкретных целей
4. Набор стратегий, процедур, протоколов

Подход ДБТ к решению проблем: Поведенческая терапия, основан на принципах научения

Чтобы эффективнее решать проблема, нам надо понимать: контекст, в котором проблема проявляется, детали (особенности) проблемного поведения. Для этого используется **цепной анализ**



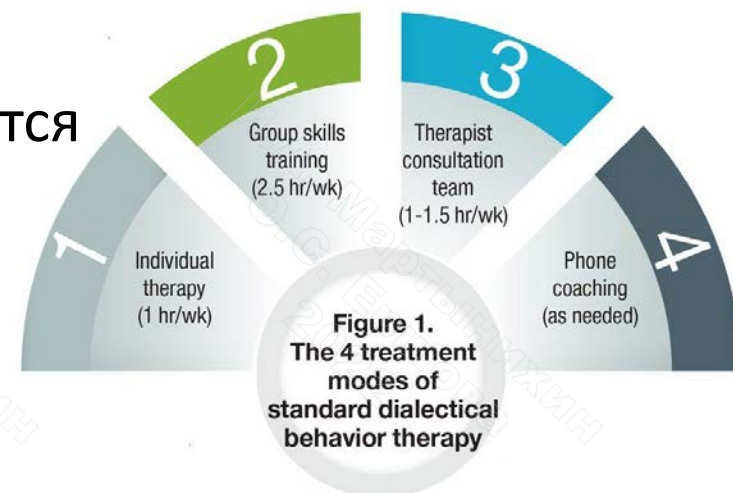
Структура терапии

ДБТ-терапия берет за основу *построение той жизни, которую хочется жить*. Данный вид терапии ставит своей целью улучшение качества жизни клиентов, с помощью этого снижается суицидальное и самоповреждающее поведение

ДБТ-терапия состоит из четырех компонентов:

1. Личная терапия

Проводит ДБТ-терапевт. Направлена на построение крепких психотерапевтических отношений, через которые производятся интервенции основанные на принятии и изменении, а также генерализации навыков, которым клиент обучается в тренинге навыков.



2. Тренинг навыков.

Обучение новым навыкам справляться с неэффективными паттернами мышления и поведения с помощью более эффективных стратегий. Обучение проводят два ДБТ-терапевта в групповом формате или индивидуально

3. Коучинг навыков.

Помогает пациентам учиться применять навыки в повседневной жизни. Коучинг проводит индивидуальный терапевт или тренер навыков по телефону или в мессенджерах

4. Работа в команде. Каждый ДБТ-терапевт состоит в команде коллег от 3 до 10 человек. Данный компонент направлен на профилактику выгорания терапевтов и обсуждение клинических случаев.

Целевые популяции для комплексной DBT

Люди старшего возраста (55+)

- Личностное расстройство + клиническая депрессия

Взрослые (18-65 лет)

- ПРЛ
- ПРЛ + недавняя попытка суицида или самоповреждение
- ПРЛ + зависимость от ПАВ
- ПРЛ + ПТСР + недавняя попытка суицида или самоповреждение
- Расстройство пищевого поведения + зависимость от ПАВ

Студенты (18-25 лет)

- Признаки ПРЛ + текущая суицидальная идеация + попытка суицида или самоповреждения в прошлом

Подростки (12-18 лет)

- Признаки ПРЛ + недавняя попытка суицида или самоповреждение
- Биполярное аффективное расстройство

Дети (7-12 лет)

- Злокачественное расстройство регуляции эмоций (Disruptive mood dysregulation disorder)
- Серьезные эмоциональные и поведенческие проблемы

Влияние DBT на мозг

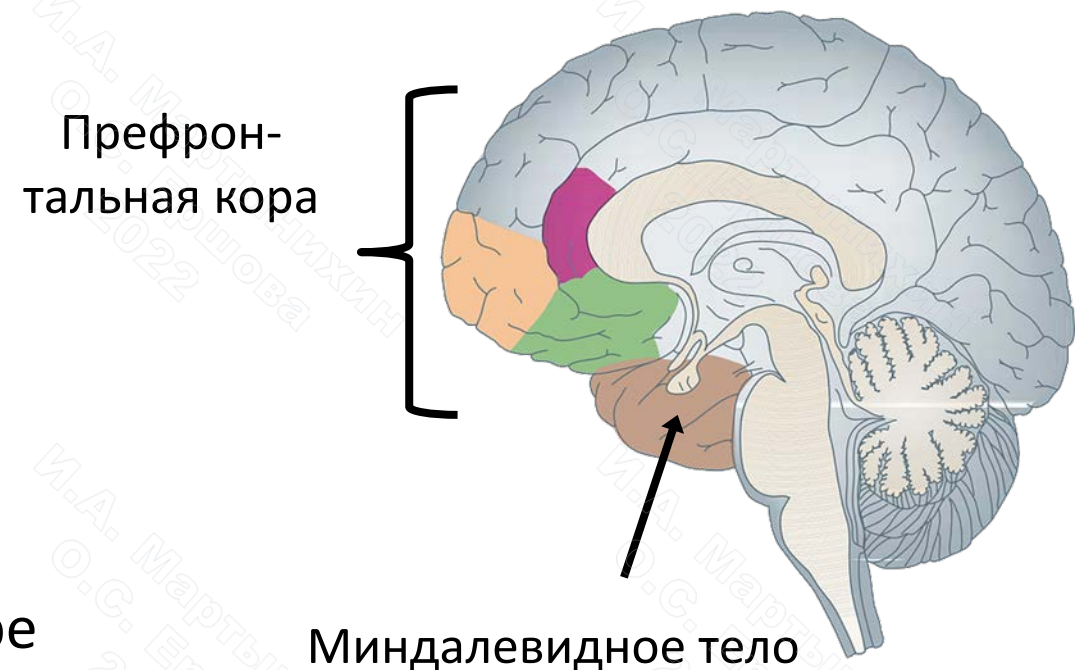
ДБТ оказывает влияние на области, ассоциированные с:

Эмоциональной регуляцией

- ✓ Снижение гиперфункции миндалевидного тела
- ✓ Улучшение взаимодействий фронтальной и лимбической коры

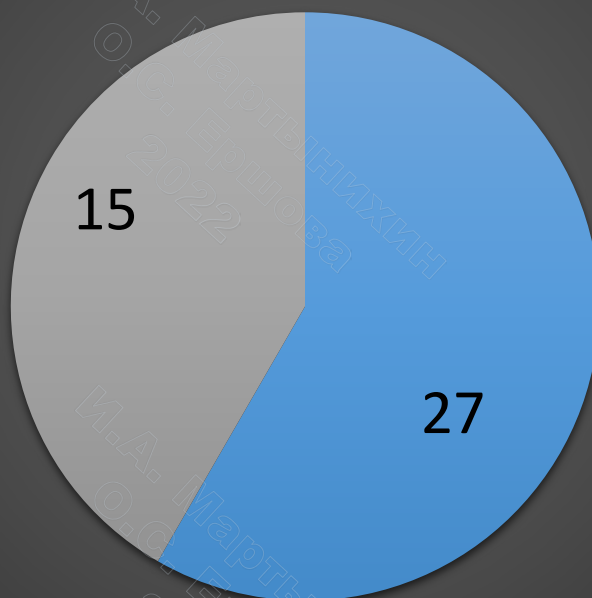
Контролем над импульсами и самоповреждением

- ✓ Повышенная активность в дорсолатеральной префронтальной коре



Научные данные об эффективности ДБТ

#Рандомизированные контролируемые исследования



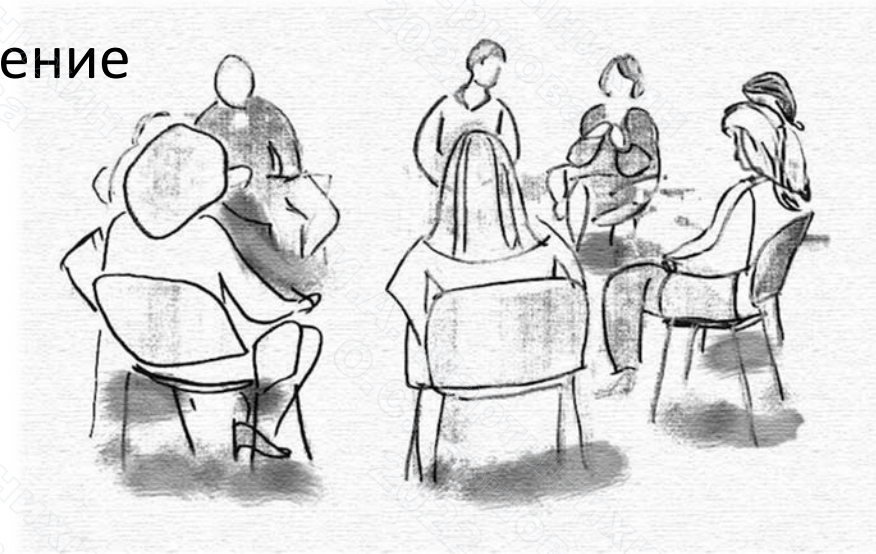
■ ДБТ комплексная терапия ■ ДБТ тренинг навыков

Показания к DBT:

- Пограничное расстройство личности
- Суицидальные намерения/суицидальное поведение
- Самоповреждающее или аутоагрессивное поведение (самопорезы, ожоги и проч.)
- Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами
- Нарушения пищевого поведения (нервная булимия/нервная анорексия)
- Чрезмерно интенсивные эмоции, импульсивное поведение

Противопоказания к DBT:

- Психотические расстройства (параноидный, парафренный синдром, кататония, состояния, сопровождающиеся нарушением сознания)
- Деменция
- Тяжёлые соматические заболевания, не позволяющие пациенту физически участвовать в программе



Биосоциальная модель ПРЛ

С точки биосоциальной модели в DBT: ПРЛ — это дисфункция системы эмоциональной регуляции, характеризующаяся биологической эмоциональной уязвимостью с наложением инвалидирующего (т.е., не принимающего, игнорирующего эмоции, поведения) социального окружения, дефицитом навыков и образующая неэффективные способы регуляции в межличностной, когнитивной, поведенческой сфере и образе «Я»

Эмоциональная уязвимость — биологическая предрасположенность к высокой чувствительности к эмоциональным стимулам, а также к более длительным и интенсивным эмоциональным реакциям

Стойкое нарушение системы регуляции эмоций = дефицит навыков

Биосоциальная модель ПРЛ



↓

Эмоциональная дисрегуляция

A large, dark blue arrow points downwards from the box to the text 'Эмоциональная дисрегуляция' (Emotional dysregulation).

Инвалидирующее окружение

Упорно и повсеместно отвергает или игнорирует поведение, вне зависимости от степени его реальной обоснованности.

Характеристики инвалидирующего окружения

1. БЕЗ РАЗБОРА ОТВЕРГАЕТ выражение переживаний и действий человека
2. ПЕРИОДИЧЕСКИ ПОДКРЕПЛЯЕТ эскалацию эмоциональных реакций и проявлений
3. ПРЕУМЕНЬШАЕТ сложность решения проблем и достижения целей

Последствие инвалидации:

Окружающая среда не обучает человека:

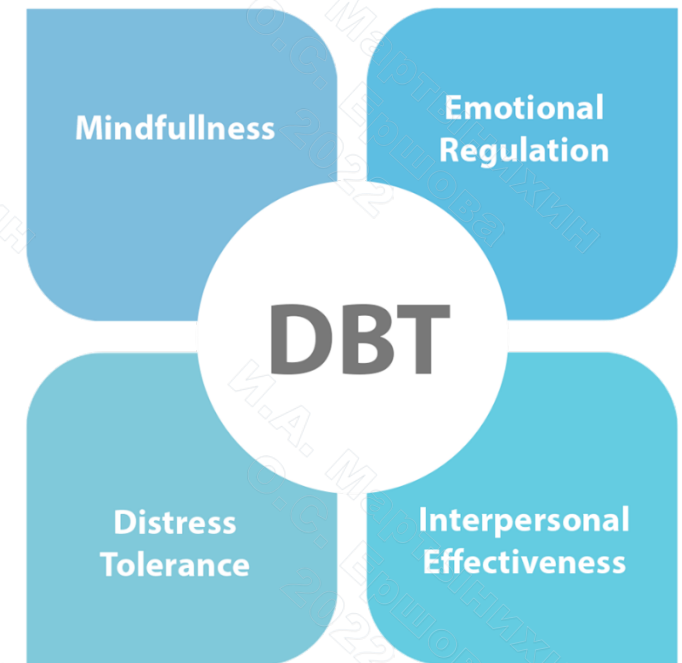
- Обозначать собственные переживания
- Эффективно регулировать эмоции
- Доверять переживаниям как обоснованным реакциям на события



Что такое тренинг навыков DBT?

Тренинг навыков — это программа обучения навыкам в групповом формате, включающая четыре блока:

1. Навыки осознанности
2. Навыки стрессоустойчивости
3. Навыки эмоциональной регуляции
4. Навыки межличностной эффективности



Целевые популяции только для тренинга навыков

Люди старшего возраста (60+)

- Клиническая депрессия

Взрослые (18-65 лет)

- ПРЛ (от умеренного до тяжелого)
- Компulsive переедание
- Нервная булимия
- Жестокое обращение в детстве
- Клиническая депрессия
- СДВГ
- Биполярное аффективное расстройство 1-го или 2-го типа
- Эмоциональная дисрегуляция + депрессивное или тревожное расстройство

Студенты (18-25 лет)

- Эмоциональная дисрегуляция
- СДВГ

Модули навыков ДПТ

Навыки, которым обучают клиентов, отражают описанную ранее ключевую диалектику — клиенты должны принять себя такими, каковы они есть, и при этом принять необходимость изменений.

Существуют группы навыков принятия, а также навыков изменения. Эффективные подходы для решения любой возникшей проблемы могут включать как принятие, так и изменение.

Навыки осознанности

Навыки стрессоустойчивости



Принятие

Навыки эмоциональной регуляции

Навыки межличностной эффективности



Изменение

Результативность тренинга навыков

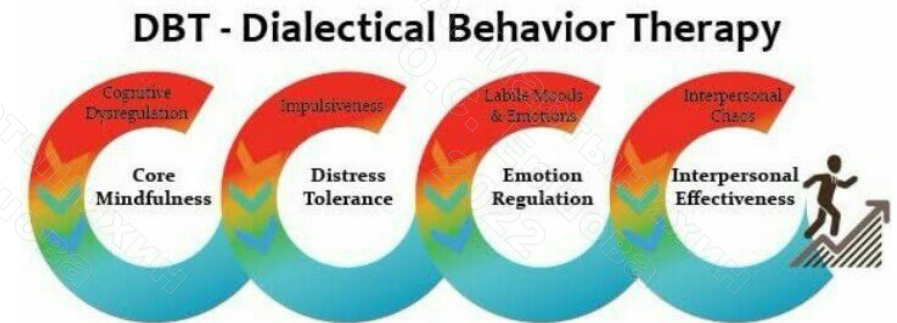
Тренинг навыков ДБТ улучшает ситуацию с:

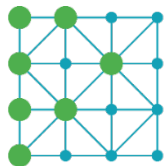
- Депрессией и тревогой
- СДВГ
- Общим дистрессом

Тренинг навыков ДБТ эффективнее, чем листы ожидания, стандартная групповая терапия, группы поддержки и только медикаментозное лечение.

Использование навыков ДБТ объясняет улучшения в сфере:

- Суицидальных попыток и несуицидального самоповреждения
- Депрессии
- Тревоги
- Регуляции гнева
- Эмоциональной регуляции
- Межличностных проблем





РЕШЕНИЕ

медико-психологический центр

Спасибо за внимание!

Мартынихин Иван Андреевич, психиатр, к.м.н

Ершова Ольга Сергеевна, психолог, DBT-терапевт

контакты, записи вебинаров — martyni.ru