

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ДЕКОМПЕНСАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

© 2009 Д.В.Романов

Самарский государственный медицинский университет

Статья получена 22.09.2009 г.

Приведены данные психопатологической картины декомпенсаций у 35 пациентов, страдающих пограничным расстройством личности. Наиболее частыми вариантами декомпенсации являются депрессивные, соматоформные и тревожные расстройства, что сопровождается злоупотреблением психоактивными веществами и самоповреждающим поведением. Описаны редкие формы декомпенсации в виде транзиторных бредовых идей. Обозначены основные мишени для психофармакологического лечения и психотерапии

Ключевые слова: *пограничное расстройство личности, декомпенсации, психофармакотерапия, психотерапия*

Среди основных клинических разновидностей расстройств личности пограничное расстройство личности (рубрика 301.83 в DSM-IV и аналогичная по содержанию подрубрика «пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности» F 60.31 МКБ-10), привлекает особое внимание психиатров. Это обусловлено как шириной спектра психопатологических проявлений, так и выраженностью социальной дезадаптации данной категории пациентов. Начиная с DSM-III, указанная рубрика постоянно представлена в американских диагностических и статистических руководствах по психическим расстройствам. Существующие подходы в понимании принадлежности «пограничного расстройства» или «пограничного синдрома» к тому или иному виду психических расстройств можно свести к трем основным концепциям. А. Штерн (1938) рассматривал пограничное расстройство как промежуточный класс психических расстройств, находящихся между психозами и невротами. В рамках психодинамических направлений «пограничное расстройство» обозначало термин, указывающий на промежуточный, между грубонарушенным и нормально-невротическим, уровень организации личностных структур, независимый от определенного личностно-аномального профиля [2]. Большинство психиатров рассматривают пограничное расстройство как специфическое расстройство личности (точка зрения, отраженная в DSM-III, DSM-IV и DSM-IV-TR). Несмотря на многообразное и часто противоречивое использование данного термина, большинство авторов поддерживают диагностические критерии

отраженные DSM-IV: наличие паттерна нестабильных и интенсивных межличностных отношений, нарушения идентичности, импульсивность, суицидальные феномены, аффективные нарушения, чувство опустошенности, нарушения контроля над гневом.

Распространенность пограничного расстройства личности (ПРЛ) среди населения составляет, в среднем, 1-2% [5]. Среди родственников таких пациентов часто встречаются депрессивные расстройства, алкоголизм и наркомании [4]. Сведения о роли биологических факторов в патогенезе развития ПРЛ представлены ограничено. Имеются указания на большую частоту выявления у пациентов данной группы феноменов, характеризующих депрессивные нарушения, в частности, таких, как ускорение наступления фазы быстрого сна или изменение показателей дексаметазонового теста. При этом наличие выраженных проявлений депрессии является частью типичной клинической картины ПРЛ в фазе декомпенсации.

Структура эмоциональной регуляции пациентов отражает специфические дефекты развития. Пациенты с ПРЛ обнаруживают высокую эмоциональную чувствительность и эмоциональную уязвимость, легкую актуализацию тревоги, чувства вины и стыда. При этом субъективный аспект эмоционального переживания мало осознается; типичным проявлением выступает то, что пациенты не могут идентифицировать качество аффективной реакции, обозначить ее для себя. Характерно мучительно-протопатическое переживание тревоги или чувства вины, толерантность к которым у пациентов крайне ограничена. Пациенты переживают негативные аффекты как неопределенное и чрезвычайно фрустрирующее эмоциональное напряжение, что вызывает у них сильный вторичный дисфорический ответ. Типичным для клинической картины расстройства являются последствия такого рода интолерантности к аффектам сигнально-негативного

*Романов Дмитрий Валентинович, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. E-mail: romanovdit@mail.ru*

спектра: склонность пациентов к немедленной моторной разрядке аффекта, проявляющейся импульсивными действиями, вербальной и невербальной агрессией или самоповреждениями. Бурные, непредсказуемые и деструктивные эмоциональные реакции пациентов с ПРЛ вызывают выраженный негативный социальный отклик. В системе отношений «врач-пациент» они создают значительные препятствия для формирования рабочей среды (комплаенса или терапевтического союза, в случае психотерапии). Дополнительные трудности для организации лечения создает склонность пациентов с ПРЛ обесценивать проводимое лечение и прерывать терапию.

Психологические аспекты поведения пациентов с ПРЛ могут рассматриваться в тесной связи с особенностями нарушений их эмоциональной регуляции. Пациенты обнаруживают приспособительные реакции, позволяющие им поддерживать необходимые коммуникации с окружающими. Характерная для пациентов с ПРЛ когнитивная защита, расщепление позволяет поддерживать представления об окружающих как абсолютно плохих или абсолютно хороших, и манипулировать ими, делегируя им соответствующие роли [2]. В таком случае при соответствии поведения окружающих ожиданиям пациентов с ПРЛ, функционирование пациентов может временно протекать в зоне относительной адаптации. Срыв адаптации легко вызывает любое социальное взаимодействие, отличающееся от патогенной схемы. Другой примитивный защитный механизм – механизм соматизации тревоги, выступает в качестве предохранительного клапана, позволяющего снизить уровень дистресса. Исследователи пограничного расстройства указывают на то, что психосоматические расстройства довольно типичны для этих пациентов [3]. Можно предполагать, что сложное сочетание биологических и психосоциальных аспектов формирования пациентов с ПРЛ формирует и закрепляет описанные особенности дизонтогенеза эмоциональной сферы в ее характерных клинических проявлениях, включающих психосоматическую уязвимость.

**Цель настоящего исследования** заключалась в систематизации клинических вариантов декомпенсации у пациентов с пограничным расстройством личности. Наблюдаемые пациенты отобраны в соответствии с критериями ПРЛ по DSM-IV, группа включила 35 человек, средний возраст  $28,3 \pm 5,8$  лет. Все пациенты в течение пяти лет получают поддерживающую или курсовую психофармако- и психотерапию. Психическое состояние пациентов на момент начала терапии включало разнообразные психопатологические расстройства, переживание дистресса, злоупотребление психоактивными веществами, выраженные нарушения социального приспособления в зонах социально-трудовой, семейной и коммуникативной адаптации.

У пациентов с ПРЛ, включенных в исследуемую группу, выделены следующие варианты декомпенсации. Депрессивный вариант декомпенсации отмечался у 46% пациентов. Преобладали депрессивные состояния умеренной глубины, с тоскливым или тоскливо-дисфорическим оттенком аффекта и отчетливыми соматическими эквивалентами депрессии. Часто отмечалась сезонная динамика фаз декомпенсации. Пациенты высказывали сверхценные идеи малоценности, обнаруживали деперсонализационные расстройства. Поведение пациентов носило характер «бегства от депрессии» с булимическими проявлениями, дипсоманией, употреблением легких наркотических средств. Часть пациентов обнаруживала сверхценную вовлеченность в азартные игры, шопинг или игру в боулинг. Суицидальные высказывания и мысли, а также самоповреждающее поведение (например, опасная езда по улицам «чтобы отвлечься») отмечались у четверти пациентов с указанным вариантом декомпенсации.

29% пациентов обнаруживали соматоформный вариант декомпенсации. Исследование соматического статуса пациентов показало, что более трети всех обследованных обнаруживали в анамнезе наличие развернутых форм психосоматических заболеваний, таких, как бронхиальная астма или нейродермит (37,5%). Помимо того, пациенты выявляли соматоформные расстройства с вовлечением различных органов и систем, по поводу чего до начала лечения у психиатра они получали терапию у врачей соматического профиля. Многие пациенты, включенные в исследование, отмечали постоянную необходимость в наблюдении и получении помощи у специалистов соматического профиля. Соматоформные расстройства чаще всего были представлены сенестопатически-ипохондрическими и конверсионными симптомами. Частыми вариантами выступали цефалгия, дискинезии желудочно-кишечного тракта, ощущение нехватки воздуха, парестезии.

Тревожный вариант декомпенсации наблюдался у 20% пациентов. Преобладавал вариант в виде панического расстройства (5 человек), у 2 пациентов было диагностировано генерализованное тревожное расстройство. В большинстве случаев декомпенсация была спровоцирована психогенно, например, возникшей угрозой безопасности из-за потери работы или партнера. Пациенты с этим вариантом декомпенсации наиболее активно искали помощи, в том числе у психиатра, и проявляли наибольшую готовность следовать врачебным рекомендациям.

Только у двоих обследованных пациентов расстройство достигали субпсихотического уровня. Обычно на фоне психогенных и соматогенных влияний у пациентов разворачивались интенсивные аффективно-насыщенные транзиторные бредовые идеи persecutorной тематики.

Бред касался конкретных личностей, к которым пациент уже был настроен враждебно, выражался идеями колдовства, преследования, ревности, негативного физического воздействия. Попытки конфронтировать пациентов с патологическим характером их суждений были неэффективными. По мере ослабления аффективного напряжения бредовые идеи спонтанно редуцировались с частичным восстановлением критики. В последующем пациенты крайне неохотно возвращались к обсуждению этих бредовых построений, заявляли, что их «понесло». Большая часть пациентов в анамнезе обнаруживала сочетания и чередования различных типов декомпенсаций, например, в виде перемежающихся тревожных и соматоформных расстройств.

Исследование показало, что три четверти пациентов, страдающих пограничным расстройством личности, обнаруживают депрессивные и соматоформные варианты декомпенсаций, а пятая часть пациентов обнаруживает тревожные расстройства. Основными мишенями психофармакотерапии выступают, таким образом, депрессия и тревога, а препаратами выбора могут являться селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, не дающие нежелательных соматических эффектов. Пациенты, включенные в исследование, обнаруживали хороший терапевтический ответ при использовании пароксетина, сертралина и циталопрама. В качестве начальной терапевтической мишени при психотерапии является сам рабочий альянс врача и пациента. При психотерапии пациентов с ПРЛ отмечались попытки манипулирования врачом, включающие шантаж неуспехом терапии, привлечения третьих лиц, неожиданные отказы от лечения и такие же неожиданные «возвраты» в терапию. Большинство пациентов отмечали периодическое ухудшение как психического, так и соматического состояния в первые месяцы лечения и

часто обвиняли в этом лечащих врачей. Психотерапия данной группы пациентов представляла существенный вызов эмоциональной устойчивости врача. При этом также типичной была картина стабилизации состояния на втором году лечения. Все пациенты исследуемой группы отметили, что у них существенно снизилась потребность в получении постоянной помощи у врачей соматического профиля. Применение тактики, предусматривающей последовательное терпение и «демпфирование» эмоциональных атак пациентов при учете предела их толерантности к аффектам позволяет со временем выстроить более стабильные и комплаентные отношения, являющиеся условием стабилизации личностной структуры. Очевидна целесообразность закрепления данной клинической единицы в отечественных классификаторах, что является необходимым условием начала распознавания расстройства и стимулирует поиски подходов в терапии данной патологии. Требуется дальнейшее детальное исследование клинической картины, механизмов декомпенсации, разработка лечебных стратегий при пограничном расстройстве личности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ<sup>^</sup>

1. *Ганнушкин, П.Б.* Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000 – 124 с.
2. *Кернберг, О.* Тяжелые личностные расстройства. М.: 2000. – 415 с.
3. *Клусман, Р.* Справочник по психотерапии. СПб.: 2004. – 180 с.
4. *Каплан, Г.* Клиническая психиатрия. В 2 т. / *Г. Каплан, Б. Сэдок* // М.: 1994. – 520 с.
5. *Смулевич, А.Б.* Расстройства личности. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 189 с.
6. *Шостакович, Б.В.* Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства). В кн.: *Александровский Ю.А.* «Пограничные психические расстройства» М.: 2000 – С. 189-216.

### CLINICAL VARIANTS OF DECOMPENSATION AT PATIENTS, SUFFERING BY BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

© 2009 D.V. Romanov  
Samara State Medical University  
Article is received 2009/09/22

Data of a psychopathological picture of decompensation at 35 patients, suffering by borderline personality disorder are cited. The most frequent variants of decompensation are depressive, somatoforming and disturbing disorders that is accompanied by abusing psychoactive substances and self-damaging behaviour. Rare forms of decompensation in the kind of transitory crazy ideas are described. The basic targets for psychopharmacological treatment and psychotherapy are indicated

Key words: *border personality disorder, decompensation, psychopharmacotherapy, psychotherapy*

*Dmitry Romanov, Candidate of Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology.  
E-mail: romanovdit@mail.ru*