

## ПРОБЛЕМА ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

© 2015 Д.В. Романов

Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 20.10.2015

Обсуждаются возможности использования стандартизированных шкал для диагностики пограничного расстройства личности. Предложена шкала клинической оценки пограничного расстройства личности. Использование данного инструмента врачом-психиатром дополняет клинико-психопатологическое обследование пациента, позволяя уверенно диагностировать данный тип личностной аномалии во время проведения первого интервью.

*Ключевые слова:* пограничное расстройство личности, диагностика, стандартизированные оценочные шкалы.

В настоящее время пограничное расстройство личности (ПРЛ) относят к наиболее распространенным вариантам личностных расстройств [5, 8, 1]. Клиническая картина ПРЛ отличается выраженным полиморфизмом, высоким удельным весом ассоциированной психической патологии [10, 5] и своеобразием динамики, преимущественно носящей регрессионный характер [11], что затрудняет диагностику расстройства. Недавно проведенное исследование показало, что отечественные психиатры обладают недостаточной информацией о ПРЛ и испытывают значительные затруднения в установлении правильного диагноза у таких пациентов. Наиболее часто ошибочно диагностируются биполярное аффективное расстройство, диссоциальное и истерическое личностные расстройства [2]. Значение правильного и своевременного распознавания пограничного расстройства личности обусловлено связанным с расстройством высоким суицидальным риском, а также значительными объемами социальных трат на лечение и реабилитацию данной категории пациентов [7].

Применяемые для диагностики ПРЛ критерии DSM имеют неоднородный характер и включают как психопатологические феномены (аффективная нестабильность, квазипсихотические эпизоды, неадекватный гнев) и поведенческие нарушения (превышение скорости вождения автомобиля, кутежи, транжирство и др.), так и психологические признаки (хроническое чувство опустошенности, неистовые попытки избежать отвержения, колебания самооценки, паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений). Практическое использование диагностических критериев ПРЛ психиатром

затруднено, поскольку предусматривает владение психологическими приемами исследования самооценки и анализа паттернов межличностных отношений. Кроме того, такие психопатологические феномены, как квазипсихотические эпизоды, не выявляются во время диагностического интервью. В связи с не критичностью к подобным преходящим тяжелым психическим расстройствам пациент, как правило, не может сообщить о данных эпизодах при сборе анамнеза. Часть диагностических критериев предусматривает длительное наблюдение за больным, что препятствует быстрой постановке диагноза ПРЛ.

Разработан ряд шкал, предназначенных для диагностики пограничного расстройства личности. Самой известной из них является шкала оценки ПРЛ DIB-R [9]. Указанная шкала использует 22 признака, которые сгруппированы в 4 кластера: аффективная сфера, когнитивная сфера, сфера импульсивных паттернов и сфера межличностных отношений. Преимуществом данного инструмента является использование клинических дефиниций, относящихся к жалобам пациента, что должно облегчить использование шкалы врачом. Однако такие признаки, как паранойяльная идеация и квазипсихотические переживания не могут быть выявлены на первых этапах диагностики. Кроме того, для выявления паттернов мазохизма и терапевтической регрессии необходимо длительное время наблюдения. Термин «терапевтическая регрессия» носит узкоспециальный психотерапевтический характер, а сам феномен распознается только в процессе психотерапии, что делает невозможным использование признака в рамках обычной психиатрической диагностики.

Отечественными исследователями также была предложена шкала диагностики пограничного личностного расстройства [4]. Предложенный диагностический инструмент допускает участие самого пациента в оценке собственных

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

психологических особенностей и параметров поведения, что может влиять на достоверность полученных данных. Данный тест достаточно сложен и предполагает участие в установлении диагноза ПРЛ не только врача-психиатра, но и психолога.

Разработка компактных стандартизованных шкал диагностики пограничного расстройства личности продолжает оставаться актуальной проблемой, решение которой должно способствовать раннему и точному распознаванию данного личностного расстройства.

**Целью работы** выступало создание клинической шкалы оценки пограничного расстройства личности, пригодной для использования врачом-психиатром во время проведения первого интервью с пациентом.

В соответствии с целью работы, создаваемая шкала должна была отвечать следующим требованиям: а) используемые признаки должны соответствовать критериям диагностики действующих психиатрических классификаторов (DSM-5, МКБ-10) и входить в диагностические перечни ПРЛ, предложенные наиболее авторитетными исследователями; б) признаки должны иметь клинический характер (т.е. они могут быть выявлены врачом при непосредственном взаимодействии с пациентом и не требуют привлечения

других специалистов); в) признаки могут быть идентифицированы врачом при первой встрече с пациентом (что обеспечивает раннюю диагностику расстройства).

Разработанная шкала (патент РФ 2564752) включила следующие параметры (табл. 1).

**Описание шкалы и способа ее применения.**

Шкала предназначена для использования врачом-психиатром. Все параметры шкалы определяются на момент начального психиатрического интервью. Врач мотивирует пациента давать развернутые ответы на задаваемые вопросы. Признаки №№ 2-13 идентифицируются посредством соответствующего вопроса, задаваемого пациенту; признаки №№ 4 и 15 определяются на основе анализа поведения пациента во время проведения интервью. Вопросы задаются простым, понятным для пациента языком, исключая неточные и неопределенные ответы. Например, вопрос для п.6 шкалы должен быть сформулирован следующим образом: «Скажите, приходилось ли Вам хоть раз в жизни причинить себе физический вред или готовиться к самоубийству?». Для п.14 шкалы: «Скажите, не характерны ли для Вас выраженные перепады настроения в течение одних суток, также заметные для окружающих?»

Общий показатель достигается суммирова-

**Таблица 1.** Шкала клинической оценки пограничного расстройства личности

№	Признак	Количество баллов
1	Женский пол	1
2	Наличие ситуации абьюза (насилия) в детско-подростковом возрасте	1
3	Конфликтная среда в родительской семье (развод, затянувшийся развод, уходы одного из родителей и т.д.)	1
4	Враждебность пациента по отношению к одному из родителей (проявляемая во время интервью)	1
5	Ранняя сепарация (например, ранний брак или отъезд из родительского дома по достижении восемнадцатилетия)	1
6	Наличие в анамнезе самоповреждений/суицида	1
7	Наличие в анамнезе хотя бы одного эпизода brutального агрессивного поведения (нападения, разрушение вещей и др.)	1
8	Наличие эпизодов алкоголизации или наркотизации с социально-значимыми последствиями	1
9	Раннее начало половой жизни	1
10	Более чем один брак (включая гражданский брак)	1
11	Намерение сменить партнера	1
12	Наличие в анамнезе хотя бы одного депрессивного эпизода	1
13	Наличие хотя бы одного проявления из следующих: кутежи, азартное вождение, промискуитет, булимия, шопинг	1
14	Жалобы на перепады настроения в течение одних суток	1
15	Проявления эмоциональной неадекватности во время интервью (выраженная идеализация, манипулирование врачом, привлечение третьей стороны и т.д.)	1

нием баллов по каждому признаку. Наличие признака – 1 балл, отсутствие признака – 0 баллов. Максимальное количество баллов, которое может набрать пациент – 15.

Диапазон значений суммарного балльного показателя был определен опытным путем в результате анализа диагностических протоколов 150 пациентов с верифицированным диагнозом ПРЛ с катамнезом не менее 1 года. Пациентов женского пола было 118 (78,7%), мужского – 32 (21,3%), соотношение полов 4:1. Возраст пациентов составлял от 18 до 56 лет. Средний возраст пациентов составил  $30,6 \pm 11,0$ . Диапазон значений суммарного показателя шкалы колебался от 10 до 15 баллов, в среднем составил  $12,9 \pm 1,4$ .

Пограничное расстройство личности отличается от других вариантов психопатии более выраженной регрессивной возрастной динамикой. Выраженность отдельных симптомов в зрелом возрасте и в последующем периоде жизни ослабевает [11, 6].

Протоколы пациентов были разделены на две группы: до 40 лет (112 человек, 74,7%) и старше 40 лет (38 пациентов, 25,3%). Суммарный балльный показатель в группе до 40 лет колебался от 12 до 15 баллов, в среднем составил  $13,2 \pm 0,8$ . Показатель в группе старше 40 лет колебался от 10 до 15 баллов, и в среднем составил  $11,7 \pm 1,1$ . Меньшие значения показателя в группе пациентов старше 40 лет были обусловлены уменьшением доли положительных оценок по пунктам шкалы №№ 4, 11 и 15.

Значение суммарного балльного показателя шкалы, необходимое для диагностики ПРЛ в группе до 40 лет, было установлено в 12 баллов. Для группы пациентов в возрасте старше 40 лет с учетом явлений регрессивной возрастной динамики расстройства предложено установить в качестве критического значения шкалы сумму в 10 баллов. Основная часть диагностических признаков имеет анамнестический характер, что позволяет предположить, что чувствительность метода сохраняется и при использовании его у пациентов более старших возрастных групп.

В настоящее время инициирована работа по определению параметров валидности и надежности предложенной методики.

**Заключение.** Несмотря на то, что пограничное расстройство личности является одним из часто обсуждаемых в зарубежной научной литературе психических расстройств, отечественные врачи-психиатры испытывают затруднения в его распознавании. Этому способствует полиморфизм клинической картины и регрессивная динамика расстройства. Имеющиеся стандартизированные шкалы диагностики ПРЛ громоздки и мало подходят для использования в психиатрической практике. Предложена шкала

диагностики ПРЛ, которая позволяет более уверенно диагностировать расстройство при проведении первого психиатрического интервью. Простота и компактность предложенной шкалы позволяют рекомендовать ее к использованию в работе врача-психиатра, психиатра-нарколога, психотерапевта. Ранняя и точная диагностика ПРЛ способствует предупреждению деструктивного поведения пациентов, включая суициды и злоупотребление психоактивными веществами, а также обеспечивает своевременное включение таких больных в программы реабилитации, позволяет назначать дифференцированное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. – СПб.: Питер, 2010. 400 с.
2. Романов Д.В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. Т.16. №5 (4). С.1309-1311.
3. Смугевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. 336 с.
4. Способ диагностики пограничного личностного расстройства. Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Ячников С.В. Пат. РФ № 2394486; заявл. 20.07.2010.
5. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan J. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Journal of Clinical Psychiatry. 2008; 69:533–545.
6. Paris J., Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder // Compr. Psychiatry. 2001; 42(6): 482-7.
7. Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B., Widiger T.A., Livesley W.J., Siever L.J. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure // Biological Psychiatry. 2002; 51: 936–950.
8. Wang L., Ross C., Zhang T., Dai Y. et al. Frequency of borderline personality disorder among psychiatric outpatients in Shanghai // J. Pers. Disord. 2012. Jun; 26(3): 393-401.
9. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L. The Revised Diagnostic Interview For Borderlines: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders. Journal of Personality Disorders. 1989; 3(1): 10-18.
10. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Dubo E.D., Sickel A.E., Trikha A., Levin A., Rennolds V. Axis II comorbidity of borderline personality disorder // Comprehensive Psychiatry. 1998; 39: 296–302.
11. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J, Reich D.B.,

*Silk K.R.* Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction

of time to remission // *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161(11): 2108-14.

## **OBJECTIFICATION OF DIAGNOSTICS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**

© 2015 D.V. Romanov

Samara State Medical University

The possibility of using of standardized scales for diagnostics of borderline personality disorder is discussed in this article. The author offers clinical rating scale for borderline personality disorder. This tool complements psychopathological examination of patient, providing a reliable diagnosis of borderline personality disorder during the first interview.

*Key words:* borderline personality disorder, diagnostics, standardized rating scales.