

УДК 616.891.7-07:616-08-06

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

© 2014 Д.В. Романов

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 07.12.2014

Пограничное расстройство личности, представляющее собой наиболее распространенный вариант личностных расстройств, недостаточно распознается отечественными врачами-психиатрами. Произведено исследование качества распознавания пограничного расстройства личности врачами-психиатрами и анализ ошибок в диагностике. Наиболее часто описания пограничного расстройства личности ошибочно трактуются как проявления циркулярных аффективных расстройств, диссоциального и истерического расстройства личности. Основной причиной ошибок выступает малая осведомленность врачей о характере психопатического паттерна пограничного расстройства личности.

Ключевые слова: *пограничное расстройство, личность, диагностика, ошибка*

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) считается самым распространенным видом личностных расстройств [2, 8, 14]. Несмотря на то, что рубрика ПРЛ появилась в международном психиатрическом классификаторе еще в 1980 г. [13], отечественные психиатры обладают недостаточной информацией о данной нозографической единице и испытывают значительные затруднения в распознавании данного расстройства. Начиная с работ А. Штерна [12], описания ПРЛ становились все более дифференцированными, а границы расстройства – более отчетливыми [9]. Исследованию различных аспектов ПРЛ посвящено значительное количество зарубежных публикаций. Особое значение ПРЛ придается с учетом высокого удельного веса ассоциированной с ПРЛ психической патологии [8, 15, 16], а также в связи со значительными объемами социальных трат на лечение и реабилитацию данных пациентов [11]. Отмечается, что в течение жизни ассоциация ПРЛ и расстройств настроения может достигать 75%; а сочетание ПРЛ и алкогольной зависимости наблюдается в 73% случаев [8].

По сравнению с другими клиническими вариантами расстройств личности клиническая картина ПРЛ отличается наибольшим полиморфизмом, а операционные критерии DSM – выраженной эклектичностью, что затрудняет правильное распознавание расстройства врачом. Типичной является ситуация, при которой в случае ассоциации ПРЛ с другими психопатологическими феноменами врач фокусируется на патологии «первой оси», не распознавая подлежащей аномальной личностной структуры. Диагностический поиск при этом подвергается редукции, а психические нарушения пациента рассматриваются вне контекста личностной патологии [2]. Следует отметить, что современные исследователи поддерживают гипотезы о

наличии общих патогенетических звеньев формирования аффективной и личностной патологии, а также роли диспозиционного и патопластического влияния личностной аномалии на формирование коморбидных расстройств [7]. Адекватное планирование терапии и прогнозирование эффективности лечения психических расстройств в таких случаях невозможны без учета влияния психопатической основы. Лишь отдельные отечественные исследователи сосредотачивают внимание на обсуждении проблем, связанных с различными аспектами ПРЛ, в том числе проблем диагностики [2, 4].

Цель работы: исследование качества распознавания пограничного расстройства личности врачами-психиатрами и анализ причин ошибочной диагностики.

Материалы и методы. Для решения задач исследования использовалось унифицированное описание клинического случая с верифицированным диагнозом ПРЛ, подтвержденным катamnестическим наблюдением в течение 5 лет. Использованное описание включало 7 операциональных диагностических признаков рубрики 301.83 DSM-4 TR. Данное клиническое описание безошибочно интерпретировалось как случай ПРЛ группой трех независимых академических психиатров-экспертов. Были проанализированы диагностические оценки случая, произведенные 37 врачами-психиатрами. Из них количество врачей амбулаторной психиатрической сети составило 28 (75,7%), стационарной – 9 человек (24,3%). Средний стаж работы врачей по специальности составил 12,4 года. В качестве правильных учитывались как ответы «пограничное расстройство личности», так и «эмоционально-неустойчивое расстройство личности». Анализировалось количество ошибок, сделанных врачами при распознавании расстройства и структура ложных диагностических ответов, с врачами также проводилось интервью для прояснения характера диагностических заблуждений.

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

Результаты исследования. Подавляющее большинство врачей-психиатров установили диагноз неверно (83,8%). Лишь 6 (16,2%) врачей правильно распознали ПРЛ. Трое из них ранее участвовали в образовательном семинаре, посвященном дифференциальной диагностике расстройств личности. Структура диагностических ошибок представлена на рис. 1. Наибольшее количество неправильных ответов было связано с ошибочной диагностикой циркулярных аффективных расстройств (29,7%), истерического (27%) и диссоциального расстройства личности (13,5%). В 5,5% случаев ошибочно диагностировалось органическое расстройство личности; в 8,1% случаев – определялось расстройство личности без уточнения клинического варианта

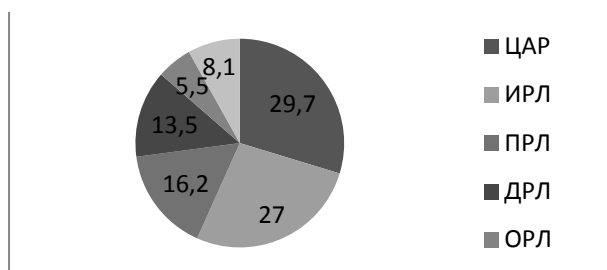


Рис. 1. Спектр диагностических оценок представленного клинического описания:

ЦАР – циркулярные аффективные расстройства, ИРЛ – истерическое расстройство личности, ПРЛ – пограничное расстройство личности, ДРЛ – диссоциальное расстройство личности, ОРЛ – органическое расстройство личности, «Другие» – недифференцированная оценка расстройства личности

Проведение интервью с врачами, ошибочно диагностировавшими циркулярные аффективные расстройства, показало следующее. В половине случаев осуществлялась ошибочная диагностика рекуррентной депрессии (РД), что объяснялось концентрацией внимания врачей на единичном депрессивном эпизоде, входящем в клиническую картину, при игнорировании других проявлений феноменологии ПРЛ, таких, как выраженная эмоциональная неустойчивость, приступы гнева, проявления хронической импульсивности и коммуникативные расстройства. Другой тип ошибки (диагностика биполярного аффективного расстройства) был связан с интерпретацией симптомов патологии влечений (булимия, промискуитет, клептомания) как проявлений маниакальной фазы. При этом игнорировались другие важные признаки, необходимые для диагностики биполярного расстройства (БАР) – отсутствие сезонной и иной ритмики [5], характерной структуры и динамики развития депрессивных и маниакальных фаз. Ошибочная диагностика БАР была также обусловлена игнорированием врачами всего разнообразия представленных в описании аномальных личностных проявлений.

Исследователи отмечают наличие у БАР и ПРЛ таких общих черт, как аффективная нестабильность, импульсивность, положительный

отклик на лечение антидепрессантами и наличие наследственной отягощенности аффективной патологией [6]. При разграничении расстройств важно учитывать различия между фазными аутохтонными колебаниями настроения (циркулярные аффективные расстройства) и реактивной «раскачкой» аффекта при ПРЛ, наблюдающейся в течение одних, реже – нескольких суток. Отсутствие свойственной РД и БАР ритмики и фазной динамики при обнаружении черт аномального личностного паттерна, определяющего специфический характер социальной дезадаптации пациентов, выступает основой диагностики ПРЛ.

Наряду с ошибочной диагностикой циркулярных аффективных расстройств, врачи-психиатры часто неверно интерпретировали описание ПРЛ как проявления других клинических вариантов расстройств кластера В (истерическое – 27%; диссоциальное РЛ – 13,5%). С другими расстройствами драматического кластера ПРЛ объединяет частичная общность симптомов и проявлений психопатического паттерна, общие факторы риска и низкая эффективность терапии [10]. Анализ показал, что ошибки в диагностике клинического варианта психопатии были обусловлены недостаточно четкими представлениями врачей-психиатров об особенностях психопатических черт и психопатического паттерна аномалий данной группы [3]. Такие общие черты расстройств драматического кластера, как колебания настроения, импульсивность и конфликтность использовались врачами для обоснования своего ошибочного выбора. На постановку диагноза ДРЛ преимущественно влияли сведения о brutальных проявлениях гнева, диагноза ИРЛ – сведения о манипулятивном стиле отношений пациента с окружающими, а также информация о раннем начале половой жизни и промискуитете.

Полезным для проведения адекватной диагностики могло быть использование представлений о специфичном для пациентов с ДРЛ аномальном паттерне поведения, основанном на враждебно-садистическом обращении с окружающими, а также паттерне инфантильно-соблазняющего поведения, отмечаемом при истерическом варианте психопатии. В качестве специфических поведенческих характеристик пациентов с ПРЛ, способствующих правильному распознаванию расстройства, выступают типичные для этих пациентов нарушения коммуникативной адаптации, проявляющиеся в коротких циклах интенсивных отношений с начальной идеализацией и последующим обесцениванием партнера, приводящего к разрыву или выраженным нарушениям семейно-сексуальной адаптации [1].

Выводы: исследование выявило выраженные затруднения при распознавании ПРЛ врачами-психиатрами. Наиболее часто описание ПРЛ ошибочно трактовалось как проявление циркулярных аффективных расстройств (29,7%), истерического (27%) и диссоциального расстройства личности (13,5%). Половина врачей, давших правильную оценку расстройству, участвовали в образовательных

семинарах, посвященных дифференциальной диагностике расстройств личности. Основной причиной диагностических ошибок врачей следует считать недостаточную осведомленность психиатров о клинических проявлениях психопатического паттерна ПРЛ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень подготовки врачей психиатров в настоящее время не обеспечивает раннего и точного распознавания ПРЛ. Очевидна необходимость создания дополнительных образовательных программ для психиатров, посвященных вопросам диагностики и клинической дифференциации психопатий. Необходима работа по адаптации зарубежных и созданию отечественных стандартизированных шкал диагностики расстройств личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кернберг, О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегия психотерапии / Пер с англ. – М., 2005. 464 с.
2. Короленко, Ц.П. Личностные расстройства / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – СПб.: Питер, 2010. 400 с.
3. Романов, Д.В. Расстройства личности: клиника, диагностика, терапия. Научно-практическое руководство для врачей. – Самара: ООО Волга-Бизнес, 2013. 160 с.
4. Смуглевич, А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2012. 336 с.
5. Стрельник, С.Н. Хронобиологический подход к терапии депрессивных расстройств / С.Н. Стрельник, Д.В. Романов // Российский психиатрический журнал. 2008. №6. С. 84-89.
6. Akiskal, H. Borderline: An Adjective in Search of the noun / H. Akiskal, S. Chen, G. Davis et al. // Journal of Clinical Psychiatry. 1985. V. 46. P. 41-48.
7. Clein, D. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence / D. Clein, R. Kotov, S. Bufferd // Annual Review of Clinical Psychology. 2011. No7. P. 269-295.
8. Grant, B.F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / B.F. Grant, S.P. Chou, R.B. Goldstein et al. // Journal of Clinical Psychiatry. 2008. V. 69. P. 533-545.
9. Linehan, M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. – New York, Guilford Press, 1993. 592 p.
10. Paris, J. Antisocial and borderline personality disorder: Two Separate Diagnoses or Two Aspects of the Same Psychopathology? // Compr. Psychiatry. 1997. V. 38. P. 237-242.
11. Skodol, A.E. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure / A.E. Skodol, J.G. Gunderson, B. Pfohl et al. // Biological Psychiatry. 2002. V. 51. P. 936-950.
12. Stern, A. Psychoanalytic Investigation in the Borderline Group of Neurosis // Psychoanalytic Quarterly. 1937. Vol.1. P. 467-489.
13. Oldham, J. Textbook of Personality Disorders / J. Oldham, A. Skodol, D. Bender // American Psychiatric Publishing, Inc. Publication. 2005. 708 p.
14. Wang, L. Frequency of borderline personality disorder among psychiatric outpatients in Shanghai / L. Wang, C. Ross, T. Zhang et al. // J. Pers. Disord. 2012. Jun; V. 26(3). P. 393-401.
15. Zanarini, M.C. Axis II comorbidity of borderline personality disorder / M.C. Zanarini, F.R. Frankenburg, E.D. Dubo et al. // Comprehensive Psychiatry. 1998. V. 39. P. 296-302.
16. Zimmerman, M. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder / M. Zimmerman, J.I. Mattia // Comprehensive Psychiatry. 1999. V. 40. P. 245-252.

DIAGNOSTIC MISTAKES OF PSYCHIATRISTS AT RECOGNITION THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

© 2014 D.V. Romanov

Samara State Medical University

The borderline personality disorder representing the most widespread option of personal disorders is insufficiently distinguished by domestic psychiatrists. Research the quality of recognition the borderline personality disorder by psychiatrists and the analysis of mistakes in diagnostics is made. Most often descriptions of borderline personality disorder are mistakenly treated as manifestation of circular affective disorders, dissocial and hysterical disorders personality. As the main reason for mistakes the small awareness of doctors on character of psychopathic pattern of borderline personality disorder acts.

Key words: *borderline personality disorder, personality, diagnostics, mistake*

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