

ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА: КРИТЕРИИ, ТРУДНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ

Т.Ю. Ласовская, С.В. Яичников (Новосибирск)

Аннотация. В амбулаторной психиатрической сети при применении специального опросника пограничное личностное расстройство (ПЛР) диагностируется в 15% случаев. Выявление ПЛР важно при работе с депрессиями, аддикциями и пр. Диагностика ПЛР в большинстве стран проводится с помощью теста Миллона. В Новосибирске разработан «Опросник для диагностики ПЛР Ласовской Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичникова С.В. версии 2005 г.» (Альфа Кронбаха 0.86; специфичность 85%; чувствительность 95%).

Ключевые слова: пограничное личностное расстройство; диагностика пограничного личностного расстройства.

Сегодня можно выделить несколько проблемных зон в вопросах, касающихся диагностики пограничного личностного расстройства (ПЛР). В первую очередь, это различие в классификациях, принятых в разных странах, в том числе в России.

Для диагностики расстройств личности в России применяется классификация МКБ 10. Характерно, что понятие ПЛР в этой классификации отсутствует, ближе всего к ПЛР по смыслу – «Эмоционально неустойчивое расстройство личности» (F 60) с выделением импульсивного и пограничного подтипов.

Импульсивный подтип (F 60.30). Стержневым компонентом расстройства являются отдельные эпизоды потери контроля над агрессивными импульсами, выражающиеся в нападении на окружающих и повреждении имущества. Уровень агрессивности находится в резком несоответствии с интенсивностью ситуативного стресса, послужившего пусковым фактором для эпизода. Предшествующие признаки нарастания внутреннего напряжения развиваются на протяжении нескольких минут (часов), приступ заканчивается спонтанно и быстро независимо от его длительности. Вне этих эпизодов проявления импульсивности и агрессивности не являются типичными для больного. Диагноз устанавливается при наличии трех из пяти признаков: 1) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 2) отчетливая тенденция к ссорам и конфликтам с другими, особенно при воспрепятствовании импульсивным действиям или порицании их; 3) склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное поведение; 4) трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением; 5) лабильное и непредсказуемое настроение [2. С. 247].

Пограничный подтип (F 60.31). Название расстройства подчеркивает его промежуточное положение между невротическим расстройством, аффективным расстройством и шизофренией. Диагноз устанавливается при наличии по крайней мере трех признаков, сформулированных для импульсивного типа (F 60.30), и дополнительно не менее двух из нижеследующих стереотипов: 1) нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные); 2) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде

эмоциональных кризисов; 3) преувеличенные усилия избежать состояния покинутости, одиночества; 4) повторные элементы саморазрушающего поведения или угрозы его; 5) стойкое чувство внутренней пустоты [2. С. 250].

В странах Европы, США, Канаде, Японии и ряде других применяют классификации DSM-III-R, DSM-IV. Диагностика пограничного личностного расстройства по классификации DSM-III-R осуществляется на основании восьми критериев:

1. Паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений, характеризующийся полярными оценками в положительную либо в отрицательную сторону [1. С. 655]. Подразумевается, что лица с ПЛР не способны видеть истинные причины поведения других (например, забота или помощь) и оценивают его как абсолютно положительное в случае, если оно доставляет удовольствие, либо как абсолютно отрицательное, если этого не происходит. Кернберг отмечал, что эта характеристика важна в диагностике ПЛР, т.к. отражает психологический механизм расщепления, эффективно смягчающий сильные чувства, например гнев [7. С. 9–10].

2. Импульсивность хотя бы в двух областях, которые являются потенциально самоповреждающими, например трата денег, секс, химические зависимости, рискованное вождение машины, переедание (не включается суицидальное и самоповреждающее поведение, указанные в пункте 5) [1. С. 655]. Импульсивность как черта характерна для антисоциального личностного расстройства, а также для состояния мании (гипомании). Однако только при ПЛР импульсивность имеет оттенок прямого или косвенного самоповреждения (направленность на себя), например в виде химических аддикций или булимии. Критерий импульсивности объясняет описанные в ранних работах трудности проведения психотерапии лицам с ПЛР – частые конфликты, прерывание терапии в самом ее начале [7. С. 9–10].

3. Эмоциональная нестабильность: выраженные отклонения от изолинии со стороны настроения в сторону снижения, раздражительности, тревоги, обычно продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней [1. С. 655]. Нестойкость аффекта и склонность к депрессии при ПЛР напоминают таковые у лиц с проблемами регуляции эмоций – депрессией и биполярным расстройством 2-го типа. Следует уточнить значение этого критерия:

речь идет о повышенной эмоциональной реактивности, когда колебания настроения имеют место, но возникают чаще, протекают «мягче» и менее длительно, чем при депрессии и биполярном расстройстве [7. С. 11].

4. Неадекватный, сильный гнев или плохой контроль над гневом (например, частая вспыльчивость, постоянная злоба, нападение на других) [1. С. 655]. Кернберг считал гнев характерным признаком ПЛР и отмечал, что реакция гнева связана с ситуацией чрезмерной фрустрации. Гнев является результатом генетической предрасположенности и влияния среды и может приводить в будущем к актам самоповреждения. Признаки самоповреждения как результат реализации гнева, казалось бы, легко выявляются, например порезы, однако не всегда их удается установить в ходе беседы с пациентом. Многие пациенты испытывают гнев большую часть времени, но крайне редко реализуют его в действиях (гнев скрывается). Иногда гнев становится очевиден только после разрушающих действий пациента. В некоторых случаях указания на гнев и его проявления фигурируют в анамнезе или выявляются при активном расспросе на эту тему. Гнев легко провоцируется при целенаправленном конфронтационном собеседовании [7. С. 11].

5. Повторное суицидальное поведение, деструктивное поведение и другие виды самоповреждающего поведения [1. С. 655]. Повторные суицидальные попытки и самоповреждающее поведение – надежный маркер ПЛР, они свидетельствуют о наличии симптомов депрессии и тревоги [7. С. 11].

6. Нарушение идентификации, проявляющееся по крайней мере в двух из перечисленных областей – самооценке, образе самого себя, сексуальной ориентации, постановке целей, выборе карьеры, типе предпочитаемых друзей, ценностях [1. С. 655]. Этот критерий описывался Кернбергом при разработке конструкта пограничной личностной организации. С DSM-III критерий подвергался модификации с целью разграничить ситуации, когда нестойкость идентификации является проявлением нормы, например в подростковом возрасте. Этот критерий в большей степени, чем все остальные, связан с элфом и поэтому специфичен для ПЛР. Это может иметь значение при патологии, когда нарушено восприятие телесного имиджа – дисморфофобических расстройствах и нервной анорексии [7. С. 12].

7. Хроническое чувство пустоты (или скуки). З. Фрейд, описывая оральную фазу развития, отмечал, что неуспешное ее прохождение приводит во взрослом состоянии к симптомам депрессии, зависимости и пустоте в межличностных взаимоотношениях. Эта концепция была развита и дополнена теорией объектных отношений М. Клайн, которая показала, что вследствие плохих ранних отношений личность становится неспособной к интернализации позитивных эмоций в межличностном общении (неспособность интернализировать чувства в самого / саму себя и неспособность к самоуспокоению). Чувство пустоты при ПЛР имеет соматические прояв-

ления, локализуясь в животе или грудной клетке. Этот признак следует отличать от страха или тревоги. Пустота и скука, принимающие форму интенсивной душевной боли, как субъективный опыт пациента крайне важны для постановки диагноза ПЛР [7. С. 12–13].

8. Реальный или воображаемый страх быть покинутым. Этот критерий рассматривается как важный диагностический признак пограничного конструкта. Однако он нуждается в некотором уточнении, т.к. необходимо дифференцировать его от более патологической тревоги сепарации. Предлагается изменить формулировку данного критерия, т.е. трансформировать в «отсутствие толерантности к одиночеству», считается, что в формировании симптома имеет значение воздействие в раннем периоде – от 16 до 24 месяцев жизни [7. С. 14].

В классификацию DSM-IV добавлен девятый критерий – «Приходящие, связанные со стрессом параноидные идеи и диссоциативные симптомы». Основной причиной для введения девятого критерия стала необходимость проведения дифференциальной диагностики с шизофренией. При ПЛР отсутствуют процессуальность и свойственные шизофрении негативные симптомы. Не выявляется нарушений при проведении патопсихологического исследования (тесты Роршаха и др.). У лиц с ПЛР возможно нарушение чувства реальности (дереализация), но при этом сохраняется способность правильного тестирования (проверки) реальности. Например, пациент может слышать голос отсутствующей матери в темной комнате и включить свет, чтобы убедиться, что в комнате никого нет. В ряде исследований, проводимых в период с 1984 по 1990 г., выделяют четыре вида нарушений: 1) деперсонализация (30–85% случаев); 2) дереализация (30–92%); 3) параноидные переживания (32–100%); 4) зрительные иллюзии (77–88% случаев). Реже описываются когнитивные нарушения: спутанность мыслей (52% случаев); магическое мышление (34–68%); идеи отношения (49–74%); странная речь (30–59%); другие нарушения мышления (39–68% случаев) [7. С. 14–15].

Установление диагноза ПЛР по клиническим критериям классификации DSM-IV встречает некоторые трудности. С одной стороны, это связано с тем, что стандартное клиническое интервью плохо приспособлено для диагностики личностных расстройств. Структурированное интервью как инструмент диагностики является более специфичным и надежным для выявления личностных расстройств [5. С. 484–485]. В [16] приводится сравнение результатов диагностики ПЛР при обычном интервью и с применением специального опросника для диагностики этого расстройства. Обычное интервью, проводимое психиатром на амбулаторном приеме, диагностирует ПЛР в 0,4% случаев, а с применением опросника – в 15% случаев [16. С. 1570–1574].

С другой стороны, большинство специалистов недостаточно ориентированы на диагностику ПЛР как коморбидного расстройства, сочетающегося с расстройствами по оси I [14. С. 28–35].

В некоторых случаях ПЛР не распознается или ошибочно диагностируется как иное расстройство, а провести дифференциальный диагноз на момент госпитализации не представляется возможным. Так, при наличии психотического эпизода в подростковом возрасте и в раннем взрослом периоде ПЛР часто диагностируется как шизофрения. Самым надежным дифференциальным признаком в этом случае являются эффективность результатов лечения и дальнейшая динамика [4. С. 304–311].

Возможно, что именно эти трудности клинической диагностики привели к созданию и усовершенствованию специальных психодиагностических методов для выявления личностных расстройств, включая большое количество тестов, структурируемых интервью и скринингов. Наиболее известны тест Теодора Миллона и Висконтский опросник, адаптированные варианты современных версий которых используются в Канаде, Испании, Мексике, США и других странах. В некоторых странах имеются свои интервью и опросники, адаптированные к культуральным особенностям той или иной популяции, например в Бельгии, Корее, Японии и Китае. Культуральные различия настолько значимы, что даже в англоязычных странах опросники, созданные в одной стране, лучше всего «работают» именно в ней. Так, при сравнении результатов диагностики в Канаде по трем методикам – Канадской, Американской и Британской – лучшие результаты показала Канадская ме-

тодика [3. С. 89–100; 8. С. 417–423; 9. С. 86; 10. С. 532–538; 11. С. 133–137; 12. С. 627–642; 13. С. 21–22].

Существуют также и опросники, направленные на выявление именно ПЛР, например, рейтинговая шкала М. Занарини, состоящая из 90 вопросов с высокими психометрическими характеристиками (альфа Кронбаха 0,85) [15. С. 1–369].

Несмотря на то, что использование опросников и структурируемых интервью облегчает диагностику личностных расстройств, этот метод имеет некоторые недостатки, самые существенные из которых – необходимость валидации и оценка надежности ответов при самодиагностике (самозаполнении) [14. С. 28–35].

К сожалению, в России до настоящего времени не имеется инструмента для диагностики личностных расстройств.

При проведении клинической диагностики следует учитывать, что разработка критериев классификации DSM-IV проводилась на американской популяции, что может в определенной степени затруднять использование их в других культурах. Исследования в странах Европы подтверждают это. Например, при проведении адаптации критериев DSM-IV к испанской популяции было установлено, что самыми показательными диагностическими критериями (при недостаточной задействованности остальных) являются эмоциональная нестабильность, суицидальное и самоповреждающее поведение [6. С. 126–131].

Литература

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. / Пер. с англ. М.: Медицина, 1998. Т. 1.
2. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002.
3. Cheung F.M., Kwong J.Y., Zhang J. Clinical validation of the Chinese Personality Assessment Inventory // *Psychol Assess.* 2003. № 15(1). P. 89–100.
4. Dammann G., Walter M. Differential diagnosis of psychotic symptoms in adolescents and young adults with borderline personality disorder // *Psychiatr Prax.* 2003. № 30(6). P. 304–311.
5. Egan S., Nathan P., Lumley M. Diagnostic concordance of ICD-10 personality and comorbid disorders: a comparison of standard clinical assessment and structured interviews in a clinical setting // *Aust N Z Psychiatry.* 2003. № 37 (4). P. 484–485.
6. Grilo C.M., Becker D.F., Anez L.M., McGlashan T.H. Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: an evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders // *J. Consult Clin Psychol.* 2004. № 72(1). P. 126–131.
7. Gunderson J.G. Borderline Personality Disorder: a clinical guide. 2000. P. 9–10.
8. Lyoo I.K., Youn T., Ha T.H. et al. Classification of frequency distributions of diagnostic criteria scores in twelve personality disorder by the curve fitting method // *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003. № 57 (4). P. 417–423.
9. Moran P. et al. Standardised Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder // *Br. J. Psychiatry.* 2004. № 184. P. 86.
10. Osone A., Takahashi S. Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders // *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003. № 57 (5). P. 532–538.
11. Robles-Garcia R., Torres Nabel L.C., Paex Agraz F. Study of translation and reliability of the Wisconsin personality disorders inventory (WISPI-IV) // *Actas Esp Psiquiatr.* 2003. № 31 (3). P. 133–137.
12. Rossi G. et al. Empirical evaluation of the MCMI-III personality disorders scale // *Psychol Rep.* 2003. № 92 (2). P. 627–642.
13. Skinner N.F. et al. National personality characteristics: II Adaptation-innovation in Canadian, American, and British samples // *Psychol Rep.* 2003. № 92 (1). P. 21–22.
14. Widiger T.A., Chaynes K. Current issues in the assessment of personality disorders // *Curr Psychiatry Rep.* 2003. № 5 (1). P. 28–35.
15. Zanarini M.C. et al. Zanarini Rating Scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD): continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology // *J. Personal Disord.* 2003. № 17 (4). P. 369.
16. Zimmerman M., Mattia J.I. Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder // *Am J. Psychiatry.* 1999. № 156. P. 1570–1574.

DIAGNOSTICS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: CRITERIONS, DIFFICALTIES, PROBLEMS
Lasovskaya T.U., Jaichnikov S.V. (Novosibirsk)

Summary. In an out-patient psychiatric network at application of special questionnaire borderline personality disorder (BPD) it is diagnosed in 15% of cases. Revealing BPD is important at work with depressions, addictions and etc. Diagnostics of BPD in the majority of the countries is spent of the Millon's test. In Novosibirsk is developed «The questionnaire for diagnostics BPD by Lasovskaya T.U., Korolenko C.P., Jaichnikov S.V. of version 2005» (Alpha Kronbah 0.86; specificity 85%; sensitivity 95%).

Key words: borderline personality disorder; diagnostics of borderline personality disorder.