

ЛЕЧЕНИЕ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ



Представляем вашему вниманию обзорный перевод «Клинических рекомендаций по лечению пограничного расстройства личности» Американской психиатрической ассоциации, подготовленный совместными усилиями научного интернет-портала «Психиатрия & Нейронауки» и Клиники психиатрии «**Доктор САН**» (Санкт-Петербург)

doctorsan.ru
psyandneuro.ru

Американская Психиатрическая Ассоциация
Организационный комитет по практическим рекомендациям

John S. McIntyre, M.D., Chair
Sara C. Charles, M.D., Vice-Chair

Daniel J. Anzia, M.D.
Ian A. Cook, M.D.
Molly T. Finnerty, M.D.
Bradley R. Johnson, M.D.
James E. Ninninger, M.D.
Paul Summergrad, M.D.
Sherwyn M. Woods, M.D., Ph.D.
Joel Yager, M.D.

Robert Pyles, M.D. (Area I)
C. Deborah Cross, M.D. (Area II)
Roger Peele, M.D. (Area III)
Daniel J. Anzia, M.D. (Area IV)
John P. D. Shemo, M.D. (Area V)
Lawrence Lurie, M.D. (Area VI)
R. Dale Walker, M.D. (Area VII)
Mary Ann Barnovitz, M.D.
Sheila Hafter Gray, M.D.
Sunil Saxena, M.D.
Tina Tonnu, M.D.

Michael B. First, M.D.
Laura J. Fochtmann, M.D.

Robert Kunkle, M.A., Senior Program Manager
Amy B. Albert, B.A., Assistant Project Manager
Claudia Hart, Director, Department of Quality Improvement
and Psychiatric Services
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H., Director, Division of Research

А. Первые шаги

1. Оценка состояния для определения плана лечения

→ **Рассмотрите возможность лечения в дневном стационаре (или кратковременную госпитализацию при отсутствии дневного стационара), если есть:**

- Опасное импульсивное поведение, которое невозможно исправить в амбулаторных условиях
- Ухудшение клинической картины из-за ослабления приверженности лечению в амбулаторных условиях
- Комплексная коморбидность, требующая интенсивного наблюдения за реакцией на лечение
- Симптомы, которые невозможно облегчить амбулаторно, и которые существенно затрагивают работу, семью или другие значимые сферы жизни

→ **Рассмотрите возможность кратковременной госпитализации, если есть:**

- Угроза для безопасности других людей
 - Потеря контроля над суицидальными импульсами или попытки суицида
 - Транзиторный психоз с потерей контроля, помутненным сознанием или тем и другим
 - Симптомы, которые невозможно облегчить амбулаторно и в дневном стационаре, и которые существенно затрагивают работу, семью или другие значимые сферы жизни
- ↓

1. Оценка состояния для определения плана лечения

Рассмотрите возможность продолжительной госпитализации, если есть:

- Устойчивое, сильное стремление к суициду и нанесению себе вреда
- Неприверженность лечению в амбулаторных условиях и в дневном стационаре
- Коморбидное расстройство I оси (e.g. расстройство пищевого поведения, расстройство настроения), угрожающее жизни
- Коморбидное злоупотребление или тяжелая зависимость от психоактивных веществ, не поддающаяся лечению амбулаторно или в дневном стационаре
- Сохраняющийся после кратковременной госпитализации риск агрессии по отношению к другим людям
- Затрагивающие работу и семейную жизнь тяжелые симптомы, которые не поддаются лечению амбулаторно, в дневном стационаре или при кратковременной госпитализации

2. Обследование

После первичной оценки проведите подробный осмотр, затрагивающий несколько аспектов:

- Наличие коморбидных расстройств
- Степень и тип функциональных нарушений
- Внутриспихические конфликты и способы защиты
- Ход развития болезни
- Способы справляться с болезненным состоянием
- Психосоциальные стрессы и способы ответа на стрессы

Используйте альтернативные источники информации (e.g. медицинские документы, люди, хорошо знающие пациента), если обследование затруднено отказом или эго-синтонным поведением пациента.

3. Определение плана лечения

→ **Определите четкий план лечения, отдельно оговорив следующие моменты:**

- Цели терапевтических сессий (е.g. ослабление симптомов, личностный рост, улучшение функционирования)
- Когда, где, как часто будут проходить встречи
- План на случай кризиса
- Доступность врача не во время назначенных встреч
- Стоимость и форма оплаты

В. Психиатрическое лечение

Основной способ лечения пограничного расстройства личности – психотерапия, которая может быть дополнена нацеленной на симптомы фармакотерапией. В ходе лечения важно обращать внимание на следующее:

→ **Реагировать на кризис и следить за безопасностью пациента.**

- Оценивать риск нанесения пациентом себе вреда и суицида.
- Оценивать потенциальную опасность поведения и мотивов пациента, способность пациента позаботиться о своей безопасности самостоятельно.
- Перестроить при необходимости план лечения.
- Госпитализировать пациента при наличии серьезной опасности.

В. Психиатрическое лечение (продолжение)

Установите и поддерживайте терапевтический альянс.

- Примите во внимание то, что пациентам с пограничным расстройством сложно устанавливать и поддерживать доверительные отношения.
- Удостоверьтесь в том, что пациент согласен с планом лечения.
- Добейтесь понимания задач и ответственности при достижении назначенных целей.
- Поощряйте активное участие пациента в лечении, проявляющееся в выполнении заданий (е.г. отслеживание эффекта лекарств, наблюдение за своими чувствами) и в отношениях с врачом (е.г. раскрытие своих реакций и пожеланий)
- Обращайте внимание на то, понимает и принимает ли пациент то, что ему говорит психиатр, и чувствует ли пациент себя понятым и принятым.

Сотрудничайте с пациентом в решении практических проблем, помогая советом и наставлением.

Расскажите о пограничном расстройстве и его лечении.

- Ознакомьте паиента с диагнозом, ожидаемым течением болезни, реакцией на лечение и, когда это уместно, известными патогенетическими факторами.
- Насколько это уместно, затрагивайте вопросы безопасного образа жизни (е.г. безопасный секс, возможные проблемы с законом, сон, диета).
- Позаботьтесь об осведомленности родственников и близких пациента.

→ **Координируйте работу нескольких врачей.**

- Определитесь с разделением ролей, планом на случай кризиса и установите надежную связь с другими врачами.

- Определите, кто из врачей несет главную ответственность. Такой врач будет

- следить за тем, чтобы лечение соответствовало ситуации

- контролировать участие родственников

- принимать решение об изменении лечения или его прекращении

- оценивать эффект лекарств

- следить за безопасностью пациента

→ **Отслеживайте изменения и пересматривайте клинический статус и план лечения.**

- Не пропустите ухудшение функций.

- Регресс может проявиться, когда пациент считает, что ему больше не нужно заботиться о себе.

- Функциональные ухудшения начинаются в периоды ослабления поддержки.

- Если ухудшение продолжается во время эксплоративной психотерапии, переключитесь на другие психотерапевтические стратегии.

- Критически оценивайте изменения, ассоциирующиеся с лекарствами (т. е. возвращение симптомов, которые исчезли из-за лекарств).

- Выясните, не связаны ли эти изменения с реакцией на внутриличностный кризис.

- Избегайте частой смены лекарств с целью улучшения преходящих эмоциональных состояний.

- Вносите изменения в лечение, если пациент не приближается к намеченным целям после 6-12 месяцев.

- Если пациенту не стало лучше после изменения лечения, организуйте консультативный прием.



В. Психиатрическое лечение (продолжение)

→ **Проводите периодические встречи, если в ходе лечения нет улучшений (е.g. ослабление дистресса, более адаптивное поведение, укрепление доверительных отношений).**

Причины для частых консультаций:

- Высокая частота реакции контрпереноса и риск медико-юридических осложнений
- Сложное, мультимодальное лечение с участием нескольких врачей
- Обобщающие выводы, субъективность, глобальность подхода, отражающиеся на клинических суждениях

→ **Помните о возможном эго-расщеплении и проблемах границ.**

- Если эго-расщепление ставит под угрозу продолжение лечения измените характер лечения (е.g. усиление поддержки, учащение встреч)
- Чтобы предотвратить расщепление, облегчите коммуникацию
- Однозначно установите "границы" вокруг процесса лечения и в отношениях с пациентом
- Соблюдайте установленные границы
- Помните, что наблюдение за неприкосновенностью установленных границ – это ваша обязанность
- Если границы нарушены
 - раскройте значение произошедшего
 - повторите в чем смысл границ в терапии
 - если границы все равно нарушаются, обозначьте предел
- Если вы делаете исключения в вопросе границ, это может говорить о необходимости встретиться с супервайзером
- Секс с пациентом всегда неэтичен; если это случилось, пациент должен быть немедленно передан другому врачу. Врач, вступивший в сексуальные отношения с пациентом, должен обратиться к психотерапевту

С. Принципы выбора лечения

1. Тип лечения

- Большинству пациентов потребуется длительная психотерапия для того, чтобы поддерживать достигнутые улучшения.
- У фармакотерапии важная вспомогательная роль, особенно для ослабления таких симптомов как аффективная нестабильность, импульсивность, психозо-подобные симптомы и нанесение себе вреда.
- Многим пациентам лучше всего помогает комбинация психотерапии и фармакотерапии.

2. Гибкость и комплексность плана лечения

- План лечения должен быть нацелен на пограничное расстройство личности, а также на коморбидные расстройства I и II оси, с акцентом на то, что представляет наибольший риск или связано с наиболее значительными симптомами.
- План лечения должен быть гибким, адаптированным к индивидуальным потребностям пациента.
- План должен учитывать изменения, переживаемые пациентом в ходе лечения.

3. Предпочтения пациента

- Обсудите доступные виды лечения и рекомендации психиатра.
- Выясните предпочтения пациента и измените в соответствии с ними, насколько это допустимо, план лечения.

4. Один или несколько врачей

- Оба подхода возможны.
- Лечение у нескольких врачей может иметь преимущества, но может быть лишено цельности.
- Важно, чтобы участники процесса лечения сотрудничали и хорошо понимали свои роли и обязанности.
- Эффективность выбранного формата лечения должна проверяться и, если нет улучшений, формат нужно изменить.

D. Стратегии лечения

1. Индивидуальная психотерапия

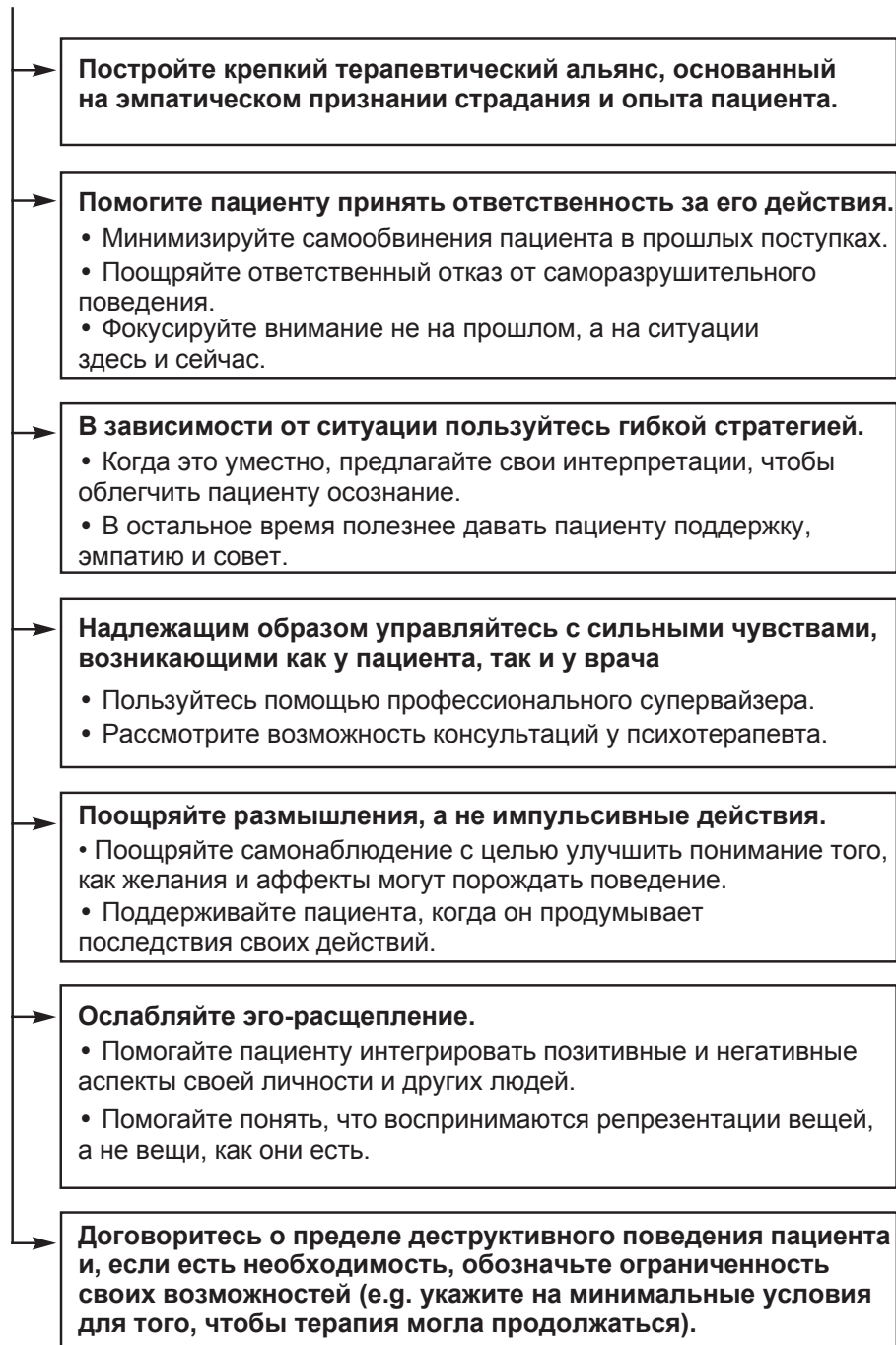
Два психотерапевтических подхода показали эффективность: психоаналитическая/психодинамическая терапия и диалектическая поведенческая терапия. Следующие принципы – общие для этих подходов – призваны помочь психиатру работать с пациентом с пограничным расстройством личности.

Настройтесь на длительное лечение.

Существенные изменения могут появиться только через год, а многим пациентам потребуется еще больше времени.

Создайте систему приоритетов (e.g. для начала сфокусируйтесь на суицидальном поведении)

Следите за суицидальными и деструктивными идеями.



2. Другие формы психотерапии

→ **Групповая психотерапия** может быть полезной, но никаких преимуществ по сравнению с индивидуальной у нее нет.

- Групповая психотерапия обычно используется в комбинации с индивидуальной.
- Рекомендуется собирать относительно однородную группу. В группу нельзя допускать пациентов с антисоциальным расстройством личности, невылеченной зависимостью от психоактивных веществ или с психозами.

→ **Психотерапия пар** может быть полезна, но она не рекомендуется в качестве единственного лечения пограничного расстройства личности.

→ **Семейная психотерапия** особенно полезна, когда пациент тесно связан с семьей.

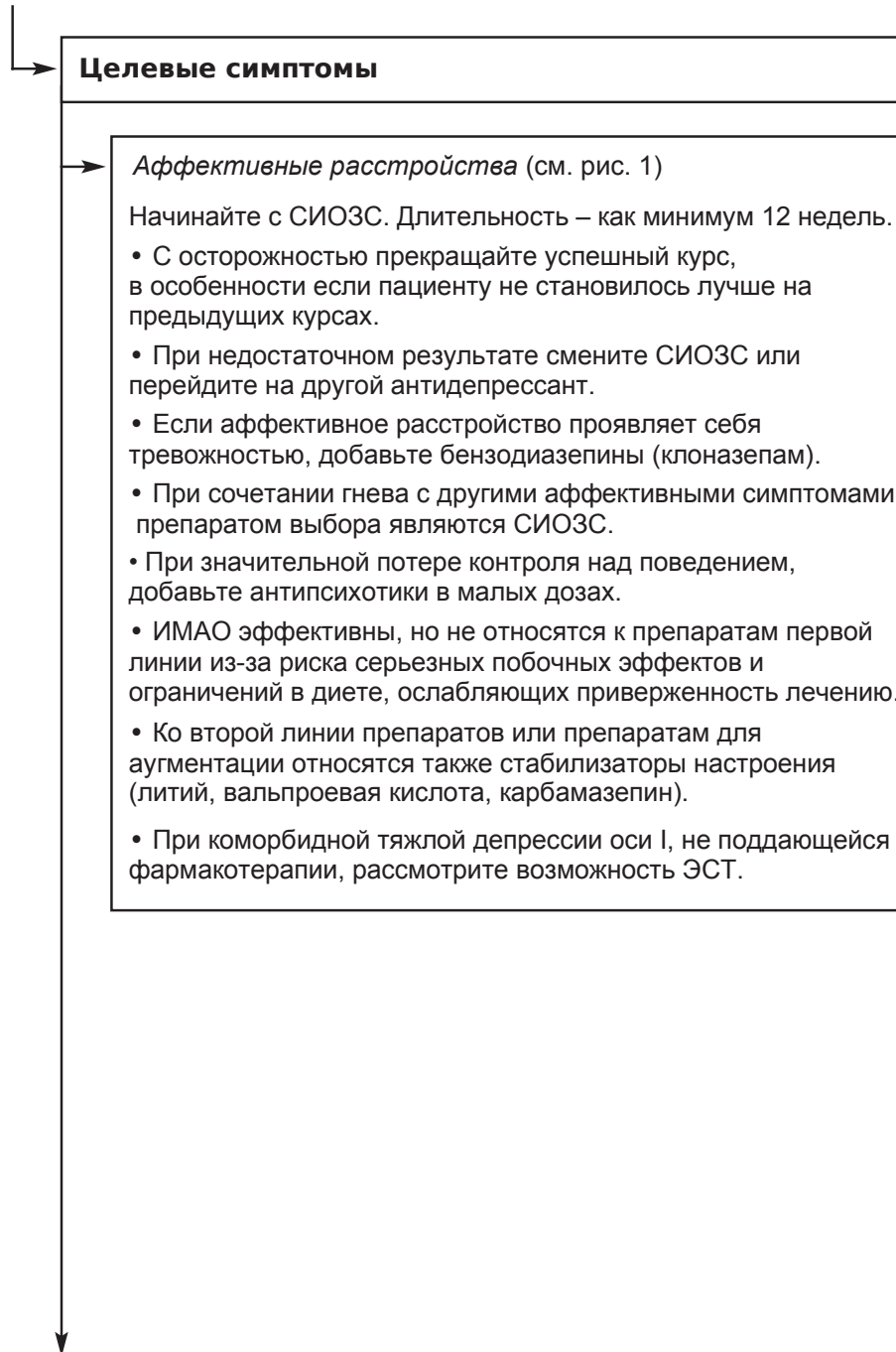
- Работать с семьей или нет, зависит от семейной патологии, сильных и слабых сторон семьи.
- Семейная психотерапия не рекомендуется в качестве единственного лечения пограничного расстройства личности.

3. Фармакотерапия и другие виды лечения

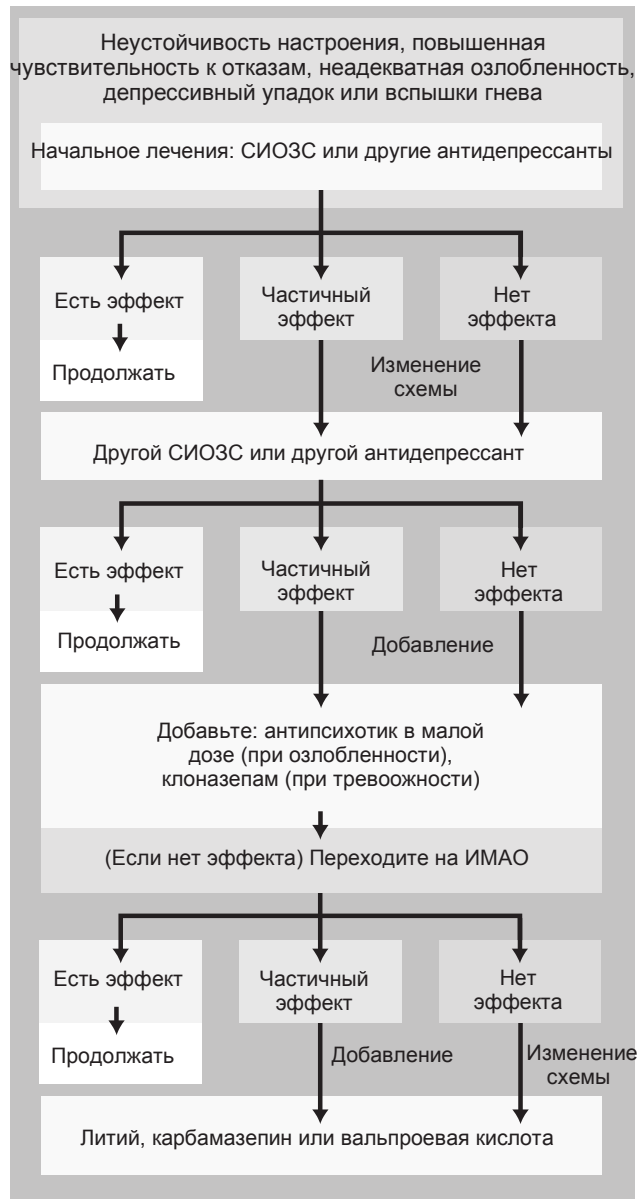
→ **Принципы выбора лекарств:**

- Симптомы определяют выбор лекарств, лечение направлено на определенные аспекты поведения.
- Аффективное расстройство и импульсивность/агрессивность являются факторами риска суицида, нанесения себе вреда и нападений на других людей, и поэтому при выборе препарата надо в первую очередь иметь в виду эти симптомы.
- Препараты нацелены на острые симптомы (e.g. гнев - препараты, действующие на дофамин) и хронические проблемы (e.g. импульсивный темперамент — препараты, действующие на серотонин).

↓



**Рисунок 1 Психофармакологическое лечение
аффективной симптоматики у пациентов
с пограничным расстройством личности**



3. Фармакотерапия и другие виды лечения (продолжение)

Целевые симптомы (продолжение)

Импульсивное поведение (см. Рисунок 2)

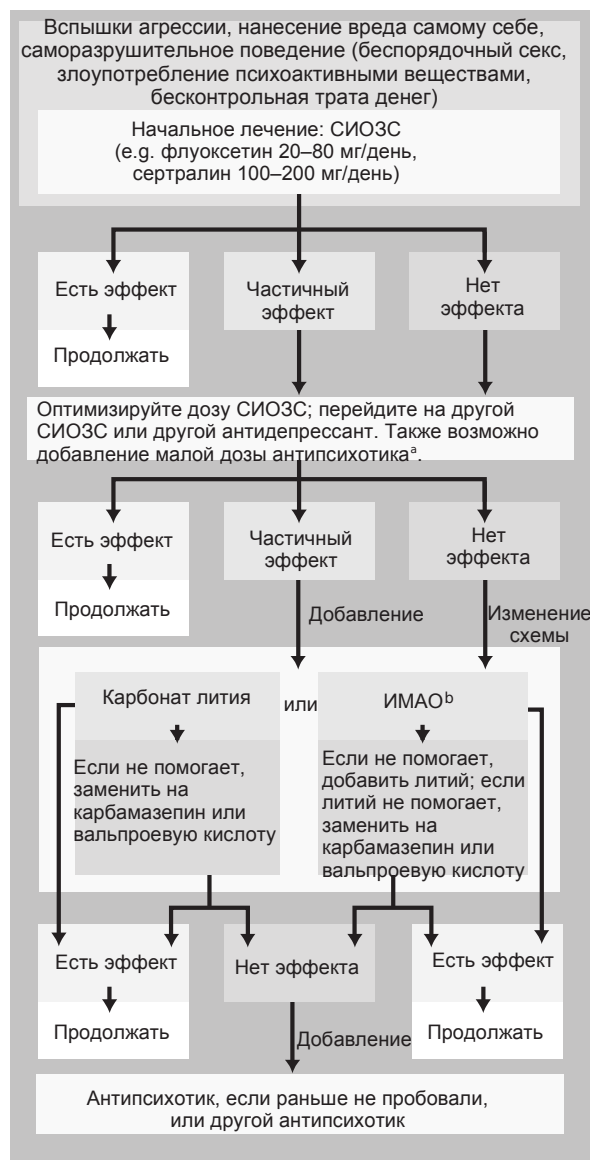
СИОЗС – препараты выбора.

- Если есть серьезная угроза безопасности пациента, добавьте к СИОЗС антипсихотик в малой дозе. Действие часто начинается в течение нескольких часов.
- Если СИОЗС не приносит результат, попробуйте другой СИОЗС или антидепрессант другого класса.
- Если СИОЗС дает частичный результат, эффект можно усилить, добавив литий.
- Если СИОЗС не приносит результат, после необходимой паузы можно перейти на ИМАО.
- Рассмотрите возможность назначения вальпроевой кислоты, карбамазепина и антипсихотиков второго поколения (нетипичных). Хотя данных немного, но используются эти препараты часто.
- Если никакие лекарства не дали результат, попробуйте клозапин.

Когнитивные и перцептивные симптомы (см. Рисунок 3)

- Малые дозы антипсихотиков – препараты выбора при психозо-подобных симптомах.
- Антипсихотики также помогают при депрессивном настроении, импульсивности и гневливости.
- В тех случаях, когда когнитивные и перцептивные симптомы преобладают, антипсихотики наиболее эффективны.
- Если результат недостаточен через 4-6 недель, повышайте дозу до показанной при расстройствах I оси.
- Пациентам с тяжелыми психозо-подобными симптомами может помочь клозапин.

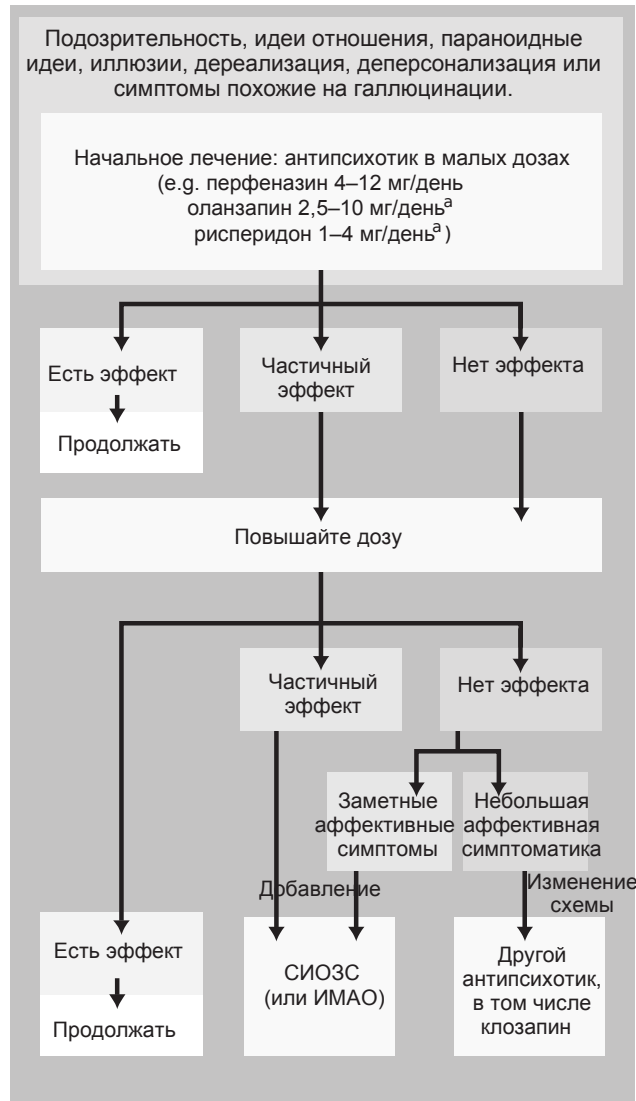
Рисунок 2 Психофармакологическое лечение поведенческой симптоматики у пациентов с пограничным расстройством личности



^aВ особенности если есть серьезная угроза для пациента.

^bПрием СИОЗС должен быть прекращен, перед началом приема ИМАО должно пройти время.

Рисунок 3 Психофармакологическое лечение когнитивных и перцептивных симптомов у пациентов с пограничным расстройством личности



^aБолее мягкие побочные эффекты антипсихотиков второго поколения, по сравнению с антипсихотиками первого поколения, подтверждают необходимость эмпирического изучения их применения при лечении пограничного расстройства личности.

Е. Особенности, влияющие на лечение

→ Коморбидность с расстройствами I и II оси.

- Обратитесь к другим рекомендациям Американской психиатрической ассоциации.
- Особенно часто встречается коморбидная депрессия, часто с атипичными свойствами.

→ Злоупотребление психоактивными веществами.

- Злоупотребление психоактивными веществами часто ухудшает результаты лечения, повышая риск суицида и несчастных случаев.
- Злоупотребление психоактивными веществами способствует саморазрушительному поведению.
- Необходимо интенсивное лечение.

→ Агрессивное поведение и антисоциальные наклонности.

- При антисоциальном поведении умеренной степени проведите психотерапию, консультационные беседы или то и другое, для того, чтобы пациент уяснил преимущества социально приемлемого поведения.
- При более тяжелых формах антисоциального поведения, рассмотрите возможность стационарного лечения, использования стабилизаторов настроения или СИОЗС.
- Если антисоциальные наклонности очень сильны и существует угроза насилия, психотерапия неэффективна. Если есть угроза насилия, показана госпитализация, а потенциальных жертв следует предупредить.

→ Хроническое саморазрушительное поведение.

- Часто необходимо устанавливать лимиты.
- Нацеливайте работу на поведение, которое вредит пациенту, семье, врачу и процессу терапии.
- Если пациент себя не контролирует, рассмотрите возможность организации более интенсивного лечения.

→ **Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).**

- Важно восстановить историю любых психологических травм.
- Примите во внимание травматический перенос (е.g. ожидание того, что врач причинит зло).
- Проработкой травматического опыта лучше всего заниматься на поздней стадии лечения; в нее входит погружение в воспоминания, управление эмоциями и когнитивное переструктурирование.
- Пациенты могут быть склонны к получению новых травм.
- Групповая терапия может принести пользу.
- Учитывайте наличие симптомов ПТСР и лечите их.
- Сосредоточьте внимание пациента на том, что он не несет ответственность на прошлые травмы, но ответственен за жизненные обстоятельства в настоящем.

→ **Диссоциация.**

- Изучите диссоциативные симптомы и их триггеры.
- Научите пациента контролировать диссоциацию.
- Облегчите интеграцию диссоциированных идентичностей.

→ **Психосоциальный стресс.**

- Источники психологической, особенно внутриспихической природы, могут усиливать симптомы.
- Лимиты терапевтических отношений могут стимулировать реакции, вызванные тревожностью.

→ **Пол, возраст и культурные факторы.**

- У мужчин пограничное расстройство личности пропускают, ошибочно диагностируя антисоциальное или нарциссическое расстройство личности.
- Лечение беременных и кормящих женщин требует особой осторожности при использовании психотропных препаратов.
- Факторы культуры могут препятствовать точной оценке состояния. Это нужно учитывать при оценке сексуального поведения, выражения эмоций и импульсивности.
- С осторожностью следует подходить к диагностике подростков, поскольку их личность находится в процессе развития.

Ф. Регулирование риска

1. Общие вопросы

- Общайтесь и сотрудничайте с другими врачами.
- Аккуратно ведите медицинскую документацию, в том числе фиксируйте оценку рисков, общение с другими врачами, процесс принятия решений и основания для выбранного лечения.
- Решайте проблемы с переносом и контрпереносом, и будьте готовы к эго-расщеплению.
- Проконсультируйтесь с коллегами по поводу пациентов с необычно высокими рисками, пациентов без признаков Улучшения, и в тех случаях, когда неясно, какой лечебный подход использовать.
- При прекращении лечения следуйте стандартным рекомендациям.
- Повышайте квалификацию (e.g. по вопросу рисков данного расстройства и неопределенности результата лечения).
- Оцените риск суицида; вероятность озлобленного, импульсивного, агрессивного поведения; вероятность нарушения установленных в ходе терапии границ.

2. Самоубийство

- Внимательно отслеживайте риск суицида и документируйте наблюдения.
- Активно лечите коморбидные расстройства I оси, с особым вниманием на те, что могут повысить риск суицида.
- Относитесь к угрозам суицидом серьезно и обсуждайте их с пациентом.
- Организуйте встречу и/или госпитализацию.
- При отсутствии острого риска, работайте с хронической суицидальностью в ходе терапии.
- Привлеките семью, если пациент проявляет признаки хронической или острой суицидальности.
- "Антисуицидальный контракт" не должен заменять внимательное и подробное исследование суицидальности пациента.

3. Гнев, импульсивность, насилие

- Внимательно следите за признаками импульсивного поведения или насилия.
- Проработайте проблему одиночества/отказа, гнева и импульсивности в ходе лечения, потому что они могут быть триггерами насилия.
- В ответ на угрозы и угрожающее поведение, необходимо обеспечить защиту себе и другим людям.

4. Нарушение границ в отношениях

- Внимательно следите за появлением чувств, связанных с контрпереносом по отношению к пациенту.
- Будьте бдительны по отношению к отклонениям от обычного хода терапии (е.г. назначение встречи в необычное время), которые могут свидетельствовать о проблемах с контрпереносом.
- Избегайте таких нарушений границ как дружеские отношения за пределами профессиональной ситуации или сексуальные контакты с пациентом.