

**Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет  
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО**

**РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: «ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО  
ЛИЧНОСТИ»**

Зав. кафедрой д.м.н., доцент Березовская М.А.  
Ординатор: Щетникова А.С.

Красноярск 2021 г.

## Оглавление

Определение .....	3
Эпидемиология.....	3
История .....	3
Развитие расстройства личности .....	4
Критерии по МКБ-10 и DSM-V .....	4
DSM-V .....	4
МКБ-10 .....	5
Симптоматика .....	6
Лечение .....	6
Медикаментозное .....	6
Подходы к психотерапии .....	7
Процесс психотерапии .....	8
Выводы .....	9
Источники.....	10

## Определение

Пограничное расстройство личности (эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип, сокр. ПРЛ) — расстройство личности, характеризующееся импульсивностью, низким самоконтролем, эмоциональной неустойчивостью, высокой тревожностью и сильным уровнем десоциализации. Включено в DSM-5 и в МКБ-10 (в последней считается подвидом эмоционально неустойчивого расстройства личности).

## Эпидемиология

Распространенность ПРЛ в течение жизни составляет 5,9%. Распространенность значительно выше в лечебных учреждениях; пациенты с ПРЛ составляют ~ 15–28% пациентов в амбулаторных психиатрических клиниках или больницах, 6% обращений за первичной медико-санитарной помощью и 10–15% обращений в отделения неотложной помощи. Среди пациентов с ПРЛ примерно 75% имели в анамнезе самоповреждение или умышленное несуицидальное поведение и 10% риск совершения самоубийств в течение жизни. Самый высокий риск суицида среди пациентов с ПРЛ возникает у людей с сопутствующими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и расстройствами настроения и истории прошлых попыток. История

## История

Важно отметить, что термин «пограничный» использовался в разных значениях, которые весьма отличаются от критериев DSM для ПРЛ, и что неправильное употребление этого диагностического ярлыка долго критиковалось. Первоначально этот термин использовался, когда клиницист был не уверен в правильности диагноза, потому что у клиента обнаруживалась смесь невротических и психотических симптомов. Многие клиницисты рассматривали этих клиентов как находящихся на границе между невротиками и психотиками, и таким образом возник термин «пограничный». В некоторых кругах термин «пограничный» все еще используется как «мусорный бак» для людей, которым трудно поставить диагноз, или понимается в значении «почти психотический», несмотря на недостаток эмпирического материала для такой трактовки этого расстройства. Другое значение термина «пограничный» связано с упоминанием о пограничной «структуре личности» в обширной литературе психодинамически ориентированных авторов (например: Gunderson & Singer, 1975; Kernberg, 1975, 1977; Masterson, 1978). Так, пограничная симптоматика может наблюдаться и при наличии, и при отсутствии пограничной структуры личности, и в то же время пограничная

структура личности может наблюдаться и при наличии, и при отсутствии пограничных симптомов.

## Развитие расстройства личности

Пограничное расстройство личности как правило порождают три типа семей:

1. Хаотические семьи. В таких семьях путаница по поводу ролей, происходит хаос. Например, мама родила рано и отдала на воспитание бабушке с дедушкой, когда мама забирает ребенка обратно, она становится как подруга. Другой случай: мама на долго оставила в детстве, наличие психических заболеваний в семье. Семьи, где члены семьи страдают алкоголизмом (непредсказуемость пьяного Или когда воспитывает мама и у нее часто появляются новые отношения).
2. Перфекционистские семьи. У таких семей закрытая семейная система, в обществе они демонстрируют только внешнее благополучие. На самом деле в семье холодные отношения, насилие. Ребенка очень сильно контролируют, запрещают испытывать негативные эмоции, относятся к нему формально.
3. «Типичная семья». Папа страдает алкоголизмом, мама созависима от него. В семье частые скандалы. Ребенок «накормлен и одет», но его внутренним миром в семье никто не занимается.

Основным фактором формирования и развития ПРЛ являются различные формы насилия: физическое, сексуальное.

## Критерии по МКБ-10 и DSM-V

### DSM-V

Согласно американскому DSM-IV для диагностики необходимо наличие, кроме общих критериев расстройства личности, пяти (или более) из следующих признаков:

1. Склонность прилагать чрезмерные усилия с целью избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым. *Примечание:* не включать суицидальное поведение и акты самоповреждения, описанные в критерии 5.
2. Склонность вовлекаться в интенсивные, напряжённые и нестабильные взаимоотношения, характеризующиеся чередованием крайностей — идеализации и обесценивания.
3. Расстройство идентичности: заметная и стойкая неустойчивость образа или чувства Я.
4. Импульсивность, проявляющаяся как минимум в двух сферах, которые предполагают причинение себе вреда (например, трата денег, сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами,

нарушение правил дорожного движения, систематическое переедание).  
Примечание: не включать суицидальное поведение и акты самоповреждения, описанные в критерии 5.

5. Рецидивирующее суицидальное поведение, намёки или угрозы самоубийства, акты самоповреждения.
6. Аффективная неустойчивость, очень переменчивое настроение (например, периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги, обычно продолжающиеся в течение нескольких часов и лишь изредка несколько дней и больше).
7. Постоянно испытываемое чувство опустошённости.
8. Неадекватные проявления сильного гнева или трудности, связанные с необходимостью контролировать чувство гнева (например, частые случаи проявления раздражительности, постоянный гнев, повторяющиеся драки).
9. Преходящие вызываемые стрессом параноидные идеи или выраженные диссоциативные симптомы

В DSM-5 перечислены те же диагностические критерии.

МКБ-10

Диагностические критерии МКБ-10:

Состояния, не объясняющиеся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другим психическим расстройством и удовлетворяющие следующим критериям:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчётливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают своё существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

В МКБ-10 пограничное расстройство личности названо пограничным типом эмоционально неустойчивого расстройства личности, код в классификации — **F60.31x**.

## Симптоматика

«Портрет» пациента с ПРЛ формируется из трех основных черт, которые приведены ниже

- 1) Хаос в межличностных отношениях. Близкие отношения—источник боли и стресса. Насилие в отношениях с обеих сторон. Отношения часто прерываются, частая смена партнеров.
- 2) Импульсивное поведение: ОРПП. Самоповреждения. Алкоголизм, наркомания, кражи. Действия, которые вредят в долгосрочной перспективе, но в ближайшей помогают пережить эмоции. Действия саморазгружающие.
- 3) Диффузная идентичность. Представление о себе смутное, недифференцированное. Отношения к себе неприязненное. Или неопределённость с тем чего хотите от жизни, работы. Хроническое чувство опустошённости, скуки.

Нужно быть особенно внимательным к шести возможным признакам ПРЛ:

- 1) интенсивные, нестабильные отношения;
- 2) отсутствие ясного чувства идентичности (путаница или несогласованность в целях, приоритетах и ценностях);
- 3) эпизоды интенсивного, неконтролируемого гнева;
- 4) импульсивное поведение;
- 5) хроническое чувство пустоты, скуки или одиночества;
- 6) «отыгрывание».

Также ПРЛ имеет высокую коморбидность с РПП и расстройствами настроения.

## Лечение

### Медикаментозное

В настоящее время не существует официального протокола фармакотерапии пограничного расстройства личности. Исследования сообщают о том, что использование в течение шести или менее месяцев антипсихотических препаратов может снизиться выраженность следующих симптомов: паранойя, диссоциация, лабильность настроения, гнев. (Сила рекомендации В; на основе метаанализа рандомизированных контролируемых исследований). При

использовании в течение шести месяцев или менее аripипразола, оланзапина, ламотриджина, топирамата, омега-3 жирных кислот и вальпроатов может уменьшиться выраженность гнева, беспокойства, депрессии и импульсивности (сила рекомендаций В, на основе систематического обзора клинических испытаний низкого качества).

#### Подходы к психотерапии

Лайнхэн (Linehan, 1981, 1987) дает более поведенческую трактовку психотерапии ПРЛ, которую она называет «диалектической поведенческой психотерапией». Ее точка зрения состоит в том, что «дисфункция в регулировании эмоций» является основной характеристикой ПРЛ, которая, вероятно, имеет физиологические основания. Эта дисфункция, как предполагается, ответственна за яркие чрезмерные реакции пограничных людей на события и за их импульсивные действия. Она также выдвигает гипотезу, что в ходе своего развития эти люди имеют много контактов со значимыми другими, которые естественные пограничные пациенты проявляют «положительную установку» несмотря на их страдания. В результате эти люди (которые уже физиологически склонны к непропорциональным эмоциональным реакциям) обучаются неадекватным навыкам регулирования эмоций и в то же время учатся пренебрежительно относиться к собственным эмоциям и иметь по отношению к ним карательные установки. Эти карательные установки и пренебрежительное отношение, а также реалистичные опасения людей оказаться неспособными управлять интенсивными эмоциями блокируют их способность испытывать сильные эмоции достаточно долго, чтобы отреагировать на большие утраты. Таким образом, когда случаются какие-либо потери, люди также переживают «бремя тяжелой утраты». Комбинация интенсивных эмоциональных реакций, неадекватных навыков регулирования эмоций, импульсивного поведения и пренебрежительного отношения к собственным эмоциям кончается чередой неизбежных кризисов и повторением случаев, когда люди неспособны эффективно решить проблемы несмотря на все усилия. Это заставляет людей сделать вывод о том, что во многих ситуациях они должны положиться на других. Но узнав, что необходимо поддержать «положительную установку», люди не чувствуют в себе уверенности, чтобы просить о помощи или искать помощь, демонстрируя свою нужду в ней. Это приводит к тому, что они сохраняют видимость компетентности, пытаясь хитростями и косвенными способами получить помощь от других. Но им в этом мешают сильные эмоциональные реакции людей и их импульсивные действия.

В когнитивной психотерапии с пограничными людьми часто обнаруживаются три важнейших основных допущения, и, по-видимому, они играют центральную роль в возникновении этого расстройства. Эти допущения

таковы: «Мир опасен и враждебен», «Я бессилен и уязвим» и «По своей сути я неприемлем».

Пограничные люди могут иметь полный диапазон когнитивных искажений, но одно конкретное искажение, которое Бек обозначает как «дихотомическое мышление», является особенно типичным и проблематичным для них. Дихотомическое мышление — это тенденция оценивать переживания в терминах взаимно исключающих категорий (например, хороший или плохой, успех или неудача, надежный или предательский), вместо того чтобы рассматривать переживания как расположенные на континууме. Это «черно-белое» мышление ввиду отсутствия каких-либо промежуточных категорий приводит к крайним интерпретациям событий, которые обычно находятся в среднем диапазоне континуума. Согласно когнитивному представлению, крайние оценки ситуаций ведут к крайним эмоциональным реакциям и крайним действиям

#### Процесс психотерапии

В терапии людей с пограничным расстройством личности на первом этапе необходимо определить цели терапии. Для пациентов с диагнозом ПРЛ разработана иерархия целей от самых тяжелых случаев ПРЛ до относительно легкого течения:

- 1) Пациенты с парасуицидальное поведение(самоповреждения, угрозы суицида)
- 2) Пациенты с поведением препятствующим терапии.
- 3) Пациенты с проблемным поведением(зависимости).
- 4) Пациенты с отсутствием базовых навыков психики.

Для пациента в процессе терапии необходимо радикальное принятие: человек не оценивает себя никак плохого никак хорошего, он оценивает себя как «я это я, другого не будет, я есть, я уже живу», «любой человек набор определенных структур, который развивается». Пациент понимаешь откуда «он такой», «кто он такой», принимает себя, не стыдится. Пациент разделяет ядро своей личности и свое поведение.

База для психотерапии ПРЛ—отношения психотерапевта и клиента, которые основываются на радикальном принятием. В процессе психотерапии должен соблюдаться баланс между принятием личности пациента и конфронтацией по поводу его неправильного и неадаптивного поведения. Отношения являются корректирующими, психотерапевт выступает в качестве «тренера»: безоговорочно принимает ядро личности, но не принимает дисфункциональное поведение, используя причинно-следственное управление.

Также в ходе лечения психотерапевт помогает сформировать пациенту базовые навыки психики:

- Навыки эмоциональной саморегуляции(определение, распознавание и выражение эмоций).
- Навыки здоровой коммуникации(ненасильственное общение, умение просить, ассертивность).
- Навыки стрессоустойчивости(распознавание триггеров, умение работать с автоматическими мыслями)
- Навыки осознанности(mindfulness)

Отдельной важной темой в лечение является работа с зависимостями. Психотерапевт помогает провести пациенту анализ проблемного поведения: ищем триггеры в жизни пациента, фиксируем что в этот момент человек думает и чувствует. Далее составляем анализ, стратегию решения проблем. Борьба с зависимостями у пограничных пациентов строиться на стратегии принятия решений—это значит, что психотерапевт и пациент разбирают ситуации, когда пациент прибегает к зависимому поведению и составляю план альтернативных действий, пациент сам в конкретных ситуациях в дальнейшем должен принимать решение прибегнуть вновь к зависимому поведению или последовать новому альтернативному плану. Составить план.

В ходе терапии многие пациенты боятся потерять свою индивидуальность, так думают, что она связана с их «расстройством» и пройдя курс терапии она навсегда её утратят. В таком случае необходимо обсудить эту проблему на психотерапевтической сессии и объяснить, что терапия в первую очередь помогает избавиться от дезадаптивного и разрушающего поведения, при этом ядро его личности остается.

## Выводы

Диагностика и лечение расстройств личности на данный момент всё ещё является сложным вопросом психиатрии и психотерапии. Пациенты с пограничным расстройством личности вовсе же является сложнейшими случаями в практике специалистов. Встречаемость этой патологии увеличивается из года в год, поэтому в этом реферате мы рассмотрели это расстройство: на что обратить внимание в диагностике, какие есть подходы к терапии. Таких пациентов важно выявлять, устанавливая корректный диагноз и по возможности назначать медикаментозное и психотерапевтическое лечение, так как жизнь этих больных вне поля зрения психиатра тяжела, нестабильна и опасна.

## Источники

1. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : учеб. пособие / ред. Л. М. Барденштейн, Д. М. Пивень, В. А. Молодецких. - М. : ИНФРА-М, 2018. - 432 с.
2. Клиническая психиатрия : учеб. пособие для мед. вузов, интернов, ординаторов, врачей-курсантов / гл. ред. Т. Б. Дмитриева ; пер. с англ. Р. Г. Акжигитова, В. В. Золотухина, Г. Каплан [и др.].
3. Аарон Бек, Артур Фримен «Когнитивная психотерапия расстройств личности».
4. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-016-0665-6>
5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029646516000244?via%3Dihub>

ФГБОУ «Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

### РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра \_\_\_\_\_ психиатрии и наркологии с курсом ПО \_\_\_\_\_

Рецензия \_\_\_\_\_ зав. Кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. \_\_\_\_\_

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия

Щетниковой Анастасии Сергеевны

**Тема реферата: «Пограничное расстройство личности».**

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
<b>1. Структурированность</b>	
<b>2. Актуальность</b>	
<b>3. Соответствие текста реферата его теме</b>	
<b>4. Владение терминологией</b>	
<b>5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы</b>	
<b>6. Логичность доказательной базы</b>	
<b>7. Умение аргументировать основные положения и выводы</b>	
<b>8. Источники литература (не старше 5 лет)</b>	
<b>9. Наличие общего вывода по теме</b>	
<b>10. Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)</b>	

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 год

Подпись рецензента \_\_\_\_\_ Березовская М.А.

Подпись ординатора \_\_\_\_\_ Щетникова А.С.