

## ПОГРАНИЧНІ (BORDERLINE) РОЗЛАДИ: ІСТОРІЯ ПИТАННЯ, ВЛАСНА КОНЦЕПЦІЯ І ТЕРАПЕВТИЧНІ ПРОПОЗИЦІЇ

О. О. Фільц, О. Л. Кулик, Ю. О. Євченко, Н. О. Ришковська,  
кафедра психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти  
Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького

Кожен розділ медицини знає хворих, діагноз яким встановити важко, оскільки їх скарги і відповідні до цих скарг симптоми не вкладаються в жодну з відомих та зафіксованих у класифікації хвороб. Таких хворих прийнято називати “незрозумілими”, “трудними”, “сумнівними” і т. ін. Найчастіше їм встановлюють кілька, як правило, суперечливих діагнозів, через що, однак, розуміння їх страждання та пропонувані способи лікування лише втрачають свою ефективність. Психіатрія не є в цьому винятком. Якщо вважати, що більшість традиційних діагностичних категорій у психіатрії сьак-так усталилися (неврози, депресії, шизофренія, епілепсія та ін.), то все ж, як з’ясовується, їх не вистачає, аби кваліфікувати психічні розлади доволі численної групи пацієнтів, котрі є ні невротиками, ні психотиками, ні психопатами, а водночас і першими, і другими, і третіми. Згідно з сучасними даними, кількість цих пацієнтів у загальній популяції (в населенні) сягає 10—11% (M. Stone, 2000), і саме вони нині стають найслабшим місцем психіатрії та психотерапії. Для розуміння їх страждання, для кваліфікації їх розладів і для того, аби хоча б якимось “прив’язати” їх до діагностичної термінології, запропоновано поняття “пограничного (borderline) розладу”.

Пограничні (borderline) пацієнти схожі на берег моря, на який постійно накочуються хвилі. Цей берег — то суша, коли хвилі відступають, то морське дно, коли вода його накриває. Так і borderline-пацієнти: вони — то під, то над симптомами душевної неврівноваженості, але ніколи не у стані спокою. Їх найхарактернішою ознакою є “стабільна нестабільність” [1, 2], тобто здатність утримуватися в соціальному середовищі і навіть досягати значних успіхів, незважаючи на виразну неспроможність до тривалих стосунків, непостійність як у зовнішніх проявах, так і у внутрішніх переживаннях.

Серед психопатологічних проявів пограничного (borderline) розладу найчастіше описують такі:

1. Стабільну нестабільність у поведінці та самопочутті.
2. Знижену толерантність до фрустрації і переживань страху (тривожність).
3. Слабкість імпульс-контролю (нестриманість).
4. Емоційну лабільність (непостійність емоцій).
5. Ангедонію (нездатність відчувати задоволення).
6. Дифузну ідентичність, деперсоналізацію (нечіткість уявлень про власне “Я”).
7. Схильність до самопошкоджень та підвищений ризик самогубства.
8. Поліморфну невротичну симптоматику.
9. Короточасні психотичні епізоди.
10. Магічне мислення і специфічні розлади мислення.

Як можна бачити з цього далеко не повного переліку, пограничний (borderline) синдром поєднує в собі ознаки невротичних, субафективних, короточасних психотичних (шизофреноподібних), а також особистісних розладів. Будучи свого роду “перетином” усіх цих розладів, borderline-синдром, проте, багатьма психіат-

рами та переважною більшістю психодинамічно орієнтованих авторів розглядається як окремішня діагностична категорія.

### Історія проблеми.

В історії психіатрії термін “borderline” має особливо запутану історію. Уперше цей термін вжито в роботі С. Н. Hughes (1884) [3], де автор описує широку ділянку продромальних розладів при різних психічних порушеннях. Треба мати на увазі, отже, що з’явилося це поняття ще в донозологічний період розвитку психіатрії. Подібним чином застосовували поняття “borderland” І. С. Rosse (1890) [4] та L. P. Clark (1919) [5]; останній використав це поняття для характеристики проміжної групи хворих між невротами та психозами, яких він лікував психоаналітичним методом. Як бачимо, пограничні психічні розлади вперше згадано в клінічній психіатрії, і лише пізніше вони знаходять своє місце в діагностичних кваліфікаціях психоаналітиків. Надалі історія розвитку концепції borderline продовжує цю “традицію”, і термін borderline, залежно від стану психіатричних та психодинамічних знань, перекочує від клініцистів до психоаналітиків і назад, — ні там, ні там не знаходячи свого остаточного місця.

У сучасній фаховій літературі прийнято вважати, що клінічне наповнення поняття “пограничний (borderline) розлад”, тобто симптоматика, профіль особистості, перебіг і прогноз походять від сформульованої вперше Е. Bleuler’ом в 1911 році концепції латентної шизофренії. Іронія вчення про шизофренію полягає в тому, що в його основу Е. Bleuler поклав, з одного боку, узагальнення клінічних спостережень хворих з нозологічною формою dementia praecox (тобто суто клінічні психіатричні дані), а з другого боку, психодинамічне розуміння процесів, які призводять до головного патологічного механізму — механізму розщеплення (Spaltung, Splitting). Тому все, що після Bleuler’а прийнято було зараховувати до маніфестних “відкритих” форм шизофренії, залишилося прерогативою клінічної психіатрії, для якої механізм розщеплення є всього-на-всього описовим поняттям, а все, що відповідає латентній, “прихованій” шизофренії, стало полем нескінченних суперечок між клініцистами та психодинамічно орієнтованими авторами, і нині вилилося в концепцію borderline. У межах цієї концепції, однак, “розщеплення” набуло змісту головного механізму психологічного захисту — механізму, яким пояснюється поведінка та симптоматика численних “неприкаяних” пацієнтів, діагноз яких завжди є сумнівним і не збігається ні з невротом, ні з розладом особистості, ні з шизофренією. Як побачимо далі, Bleuler і за ним багато інших авторів вважали хворих на латентну шизофренію справжніми ендогенними (“шизофренічними”) пацієнтами, для яких, однак, діагноз “шизофренія” часто ставав соціальною і життєвою трагедією. Зрозумілою реакцією на такий стан справ були намагання інших авторів позбавити цих пацієнтів принизливого та стигматизуючого ярлика. Ці автори — переважно психоаналітики-клініцисти — здебільшого не розглядали borderline-пацієнтів як хворих на шизофренію, тобто всіляко намагалися підкреслити їх окремішність. Нині впевнено можна сказати, що як психіатри-клініцисти, так і психоаналітики по-своєму праві. Але ні ті, ні інші ще досі не спромоглися на таку систему аргументів, яка б дозволила однозначно діагностувати і відповідно лікувати хворих з пограничними (borderline) розладами. Відтак ці хворі і теоретично, і практично залишаються “нічийною територією”, полем розщеплення між традиційною, біологічно орієнтованою психіатрією, з одного боку, і психодинамічно налаштованою терапією, з іншого боку.

З певним ризиком можна вже тепер сказати, що історія психіатрії ХХ-го століття буде значною мірою розглядатися крізь призму дискусій навколо borderline-концепції — найбільш суперечливої та неоднозначної порівняно з усіма іншими. Схематично ця історія може бути представлена таким чином.

У 1938 році американський психоаналітик Adolf Stern [6] запропонував використовувати поняття “borderline” для окреслення, на його думку, специфічної нозологічної групи хворих, які одночасно виявляють “вперті” невротичні симптоми поряд з епізодичними психотичними проявами. Він трактує їх передусім з терапевтичної точки зору і вважає діагноз латентної шизофренії для них не зовсім правильним. У 1949 році P. H. Hoch і P. Polatin [7] описують тих самих хворих і діагностують їх як випадки псевдоневротичної форми шизофренії, головними проявами якої є поведінкова нестабільність (передусім у сексуальній сфері), зниження імпульс-контролю, афективна неврівноваженість та короткочасні психотичні спалахи — і все це під маскою застиглої і негнучкої невротичної симптоматики. Паралельно описуються стерті форми шизофренії, подібні до латентної шизофренії Bleuler’a: G. Zilboorg (1941) [8] — амбулаторна шизофренія, W. Mayer (1950) [9] — абортивна шизофренія, D. R. Peterson (1954) [10] — субклінічна шизофренія. Ці форми, на відміну від псевдоневротичної шизофренії, розглядаються як проміжний патологічний стан між аномальними особистостями та маловиразними формами шизофренії. Завершує цю близьку до шизофренії гілку велике дослідження S. Kety, D. Rosenthal та групи співавторів (1968—75) [11, 12], які пропонують поняття єдиного, генетично спорідненого “шизофренічного спектру”, на одному кінці якого перебувають злякисні форми, а на іншому — borderline-шизофренія та аномальні особистості шизоїдного типу. Можна вважати ці роботи етапними і такими, які поклали початок відмежуванню borderline-шизофренії або латентної, від шизофренічного захворювання як такого.

Клініцист і психоаналітик M. Stone (1977, 1987, 2000) [13, 14, 15] провів детальне клінічне та катамнестичне дослідження borderline-синдрому, у якому вперше підкреслив нозологічну неоднорідність цих хворих, які, незважаючи на психотичні приступи та незначну негативну симптоматику, мають доволі непоганий соціальний та терапевтичний прогноз. Роботи Stone ініціювали інше велике панамериканське дослідження, метою якого було з’ясування клінічних параметрів, діагностичних критеріїв borderline condition. Цю групу очолили J. G. Gunderson et al. (1974—95) [16, 17, 18] та L. Siever et al. (1985, 1993) [19, 20]. Вивчались симптоматика, синдромуутворення, генеалогічні, генетичні, біохімічні та катамнестичні дані всіх пацієнтів, які було діагностовано американськими психіатрами як borderline-синдром. Засвідчено, що жодної нозоспецифічності хворі з пограничними borderline розладами не проявляють, але за своїми клінічними проявами можуть бути розподілені на 2 великі групи. Одна група є близькою до шизофренічного спектра і виявляє ознаки, подібні до латентної шизофренії. Інша група впродовж усього періоду обстеження не проявляє шизофренічної симптоматики і хоча й залишається важкою для психотерапії та психофармакологічного лікування, характеризується переважно тривалими субафективними коливаннями, імпульсивністю, дисоціативними проявами та схильністю до антисоціальних дій, включно зі зловживанням алкоголем та наркотиками.

Для того, аби соціально реабілітувати borderline-хворих, близьких до шизофренічного спектра, K. Kendler et al. (1984—1995) [21, 22] пропонують новий термін — “Шизотипальний розлад особистості”. Відтоді хворі на латентну форму шизофренії розглядаються як пацієнти з вираженим розладом особистості і в класифікаціях виводяться з рубрики “шизофренія”.

Таким чином, ця гілка досліджень, присвячених проблемі borderline, має такий вигляд: Bleuler (латентна шизофренія, 1911) → Hoch & Polatin (псевдоневротична шизофренія, 1949) → Zilboorg, Mayer, Peterson, Schafer та ін. (субклінічна шизофренія, 1941—1954) → Kety, Rosenthal (шизофренічний спектр,

1968—1975) → Gunderson, Siever et al. (borderline-condition, 1975—1995) → Stone (borderline-синдром, 1977—2000) → Kendler (шизотипальний розлад особистості, 1984—1995).

Другий напрямок вивчення пограничних (borderline) розладів бере свій початок із досліджень 2-х груп американських психіатрів: R. R. Grinker'a (1967—1977) [23, 24] та Н. S. Akiskal'a (1980—1996) [25, 26]. Метою роботи цих груп було уточнення клінічних проявів субафективних та м'яких афективних розладів та їх місця в DSM. Свої перші роботи Akiskal виконав разом з групою Kety та Rosenthal'a починаючи з 80-х років. Вже тоді (персональне повідомлення Н. Akiskal) він не погоджувався з тим, що всі borderline-пацієнти є хворими з атиповими і м'якими формами шизофренії. У багатьох хворих його дані вказували на наявність у них затяжних тривожних станів, тривалих депресій, м'яких біполярних афективних розладів. Як визнав Н. Akiskal у відкритій дискусії, описуючи своїх пацієнтів, він був недостатньо ознайомлений із континентальною європейською концепцією циклотимії. Тому, вивчаючи та описуючи афективний полюс пограничних (borderline) розладів, він, по суті, під назвою borderline впровадив в американську систематику весь м'який спектр афективної патології, докладно описаної та добре відомої в Європі (Kraepelin, Schneider, Tellenbach).

<b>Клінічне психіатричне розуміння</b>	<p>Шизотипальний розлад особистості (DSM-IV, МКХ-10)</p> <p><b>Колишні:</b></p> <p>латентна шизофренія (Bleuler, Rorschach)</p> <p>псевдоневротична шизофренія (Hoch, Polatin)</p> <p>псевдопсихопатична шизофренія (Hoch, Dunaif)</p> <p>малопрогресивна шизофренія (Наджаров, Смулевич)</p> <p>прешизофренія (Rappaport)</p> <p>абортивна шизофренія (Mayer)</p> <p>шизофренічний характер (Schafer)</p>	<p>Пограничний розлад особистості (DSM-IV)</p> <p>Емоційно-нестабільний розлад особистості (МКХ-10)</p> <p><b>Колишні:</b></p> <p>циклотимія (Kraepelin)</p> <p>імпульсивні (Kraepelin)</p> <p>циркулярне божевілля (Falret)</p> <p>збудливі і нестабільні (Kraepelin)</p> <p>емоційно-нестабільні (Schneider)</p>
<b>Психо-динамічне розуміння</b>	<p>Погранична (borderline) організація особистості як проміжна між невротичною та психотичною (Kernberg, 1975-2000)</p>	

Результатом вивчення пограничних (borderline) розладів під кутом зору афективних порушень було виділення підгрупи пацієнтів з такими 4-ма характеристиками:

- а) злість та роздратування як базовий і постійний афект;
- б) порушення емоційного компонента у стосунках;
- в) дифузна і слабка ідентичність;
- г) почуття самотності та депресивність.

Після того, однак, як американські психіатри наново “відкрили” те, що в європейській психіатрії вже здавна описували під назвами “меланхолічного типу характеру”, “циклоїдної особистості”, “циклотимії”, стало зрозумілим, що, borderline-синдром, будучи, з одного боку, субшизофренічним, а з другого боку, субафективним розладом, фактично є об’єднуючим поняттям для всіх діагностично сумнівних випадків, при яких симптоматика є достатньою для визнання психічного страждання як такого, але не досягає рівня шизофренії або маніакально-депресивної хвороби. Цей висновок найяскравіше відобразився в одному з найповніших досліджень, виконаних R. L. Spitzer et al. (1979) [27] для третьої редакції DSM (DSM-III, 1980). Факторний аналіз діагностичних критеріїв, якими користувались 808 американських психіатрів при оцінці borderline-пацієнтів, засвідчив реальне існування 2-х названих вище borderline-синдромів.

Об’єднуючим, однак, для обох варіантів borderline-синдрому залишалась специфічна структура патологічної особистості. Починаючи з середини 50-х років ХХ-го століття, вивчення цієї структури стало “справою честі” психоаналітичних дослідників. Узагальнення численних практичних спостережень і терапевтичних зусиль дали змогу врешті-решт сформулювати інтегративну концепцію пограничної (borderline) *організації* особистості (O. Kernberg 2000) [28]. Відтак сучасні уявлення про пограничний (borderline) розлад вкладаються в таку просту схему.

### **Власна концепція: borderline-синдром як артефакт класифікації**

У сучасній психіатричній будівлі — якщо розглядати її не за поділом на національні школи і не в дзеркалі амбіцій тих чи інших авторів і дослідницьких груп — співіснують два підходи до розуміння і систематики психічних розладів: біологічний і психогенетичний.

Те, що одні автори однозначно висловлюються на користь біологічного, а “raison d’être”, тобто життєва позиція інших, схиляється до психодинамічного підходу, суті справи не змінює. Бо навіть у найбільш ортодоксальних і “класичних”, біологічних підручниках психіатрії психодинамічні корені багатьох груп розладів (а правильніше, всіх “функціональних хвороб”) надто міцно проросли в симптоматику і “розуміння” усього corpus psychiatricum.

Співіснування двох базових підходів до розуміння і систематизації психічних розладів — медико-біологічного (т. зв. об’єктивного) і психодинамічного (т. зв. суб’єктивно-інтерпретативного), — дає, однак, серйозну “тріщину” в ділянці їх перетину, тобто в області пограничного (borderline) розладу. Розгляньмо це детальніше.

**Клінічний, описово-класифікаційний підхід до класифікації.** Цей підхід, як відомо, базується на первинному уявленні, що всі психічні розлади є хворобами головного мозку, а відтак можуть бути еквівіально зредуковані до тих чи інших порушень в одній або декількох [29] системах “рецепторних сімей”, і далі — до ушкоджень генетичної матриці організму. Ця традиція виводиться з двох джерел сучасної клінічної психіатрії: з нозологічної континентально-європейської школи, об’єднаної символом медичного підходу — іменем

Е. Крепеліна<sup>1</sup>, і феноменологічного, тобто описово-психопатологічного “бачення” і пояснення симптомів і синдромів психічних порушень, найповніше представлено символом К. Ясперса (Allgemeine Psychopathologie 1913—1975)<sup>2</sup> [30].

У цій, клінічній, традиційній схемі розпізнавання (діагностика) і упорядкування (систематика) психічних хвороб базуються на таких послідовних кроках:

- 1) Якомога докладніший опис окремих ознак психічного страждання — скарг або реєстрованих порушень поведінки та адаптації. Акцентом тут є “фотографія” зовнішніх проявів, — тобто симптом. Наприклад: настирливі думки, спогади, сумніви, схеми, “голоси”, що коментують, наказують, і т. ін.
- 2) При умові повторюваності симптому в багатьох спостереженнях вважають, що знак-симптом є “об’єктивно реальним” проявом хворобливого процесу. Описаний і “сфотографований” симптом отримує своє термінологічне визначення. Наприклад: різні настирливі прояви в сфері мислення і уяви, позначають як “обсесивні симптоми”, “голоси” — як “вербальні галюцинації” і т. ін.
- 3) Усі, виявлені на описовому (“фотографічному”) рівні симптоми аналізуються на предмет їх випадкового чи не випадкового взаємозв’язку. Закономірний взаємозв’язок симптомів, їх “сумісний біг” називають “синдромом”, причому одночасна наявність усіх симптомів у синдромі не є обов’язковою. Синдроми підпорядковуються типологічній систематизації. Приклад: типологія настирливих станів з їх поділом на обсесії, фобії, компульсії і тілесні настирливості; типологія вербальних галюцинацій — на істинні і псевдо.
- 4) Еволюція і трансформація (або рідше застигання) синдрому мають свої динамічні закономірності, які називають “стереотипом розвитку синдрому”. Мається на увазі, що синдроми еволюціонують не хаотично, а тільки в певному, детермінованому патологічним процесом напрямі. Розпізнавання душевного розладу можливе лише за умов “розшифрування” стереотипу розвитку синдрому. Приклади. Еволюція синдрому настирливостей від простих фобій до обсесій, фобій і ритуалів (компульсій) є значно більш закономірною, ніж навпаки — від розгорнутого обсесивно-компульсивного розладу до моносимптоматичної простої фобії. Еволюція вербальних галюцинацій від складних діалогів до простих окликів є менш імовірною, ніж навпаки.
- 5) Синдроми вказують на базове патологічне підґрунтя хвороби — на “нозологічну одиницю”. Нозологічний принцип створює можливість для систематизації проявів психічних розладів за видовими ознаками, а відтак групувати їх в основні класи психічних хвороб.

Наведена клініко-психопатологічна схема розбивається, таким чином, на два процеси: а) “фотографування” і розпізнавання симптомів і синдромів, що є власне психопатологією; б) пояснення їх закономірної еволюції, що належить до клінічного обґрунтування нозології.

Для нас, однак, найважливішим є те, що “фотографії” та розпізнавання симптомів і синдромів *не мають однакової точності при спробах кваліфікації різних класів психічних захворювань*. Можна сказати, що роздільна його здатність найточніша для органічних психозів із встановленим патогенезом або етіологією, а найменша — для невротичних станів. Загалом традиційна клінічна систематика психічних розладів поступово знижує свою точність. Найчіткішими та найстабіль-

<sup>1</sup> Зрозуміло, що сюди слід зараховувати не тільки класичну французьку школу (починаючи від Пінеля і Ескіроля, і закінчуючи Шарко, Дюпре, Камю, Мінковські і навіть А. Ей), а й англо-американську, а також російську психіатрію XVIII-XIX ст.

<sup>2</sup> Хоча К. Ясперс за своїми поглядами і подальшою філософською кар’єрою представляє, здавалось би, крайньо гуманістичний відлам європейського світогляду, його психопатологічні студії залишаються в руслі клінічного традиціоналізму.

нішими є критерії діагностики органічних захворювань, і ці критерії практично не змінюються впродовж усієї другої половини ХХ-го століття.

Достатньо стабільними є критерії діагностики шизофренії, які базуються на описаних К. Шнайдером симптомах 1-го і 2-го рангу. Правда, на відміну від органічних психозів, при кваліфікації шизофренічних розладів відбулися доволі відчутні зміни, які стосуються її дефіцитарних проявів, або симптомів “дефекту”. Ці прояви зазнали значних уточнень, а їх спектр нині суттєво розширено.

Ще більшими змінами, як можна легко переконатися, порівнюючи МКХ-8, МКХ-9 і МКХ-10, а також DSM-III, DSM-III-R і DSM-IV, характеризуються афективні розлади: хоча, по суті, їх обсяг та загальна симптоматика змінилися лиш незначною мірою, однак окремі їх форми та різновиди перегруповано так, що діагностика афективних розладів кінця ХХ-го століття вже значною мірою відрізняється від діагностики в 60–70-х роках.

У класі розладів особистості ситуація ще інша. По-перше, починаючи з 80-х років до DSM та МКХ до групи розладів особистості щораз більше проникають варіанти, запозичені з психодинамічних досліджень. Зокрема, в діагностичні критерії вводяться (хоч і не завжди явним чином) поняття психологічного захисту та психодинамічного розуміння окремих поведінкових патернів. Так, наприклад, антисоціальні особистості передбачають форму поведінки у вигляді acting out (відреагування назовні), параноїдні особистості — механізми проєкції, obsесивно-компульсивні — ізоляцію афекту та реактивне формування і т. д. Міжнародна систематика (МКХ) розладів особистості, крім того, суттєво відрізняється від DSM, чого ми не бачимо в попередніх розділах двох базових класифікацій (МКХ і DSM). Так, наприклад, нарцисистичний розлад особистості в МКХ-10 не виділяється, тоді як у DSM-III-IV відіграє вагому, якщо не стрижневу роль при кваліфікації найважливіших (т. зв. ядерних) форм особистісних порушень.

І, нарешті, найбільших змін зазнав клас невротичних розладів. У цьому класі можна навести безліч прикладів, коли критерії диференціальної діагностики

Схема 1. Роздільна здатність феноменологічного методу.



спрацьовують надто погано, унаслідок чого класифікації МКХ-10 та DSM-IV мають доволі багато невідповідностей. Крім того, в останніх редакціях DSM та МКХ скасовано такі традиційні та самостійні для психіатрії поняття, як “істерія” та “фобія”, нівельовано іпохондричні розлади, стерто відмінності між конверсіями та дисоціаціями. Натомість з’явилися два зовсім нові класи, а саме: соматоформні розлади та посттравматичний стресопохідний розлад.

Зниження роздільної здатності і точності традиційної клінічної психіатричної систематики відображено на схемі 1.

### Психодинамічний підхід до класифікації

Слід мати на увазі, що включно до середини 80-х років минулого (XX-го) століття “діагностичне вістря” психодинамічного підходу було спрямоване майже виключно на розпізнавання та кваліфікацію неврозів та розладів особистості. На відміну від “великої” психіатрії, психоаналіз не визнавав (і досі не визнає) жодних інституціоналізованих форм роботи з пацієнтами, а тому й базувався швидше на прониканні у “приватний світ” хворих та на психологічному розумінні цього світу [31]. Зрозуміло також, що приватна практика як головна форма роботи в психоаналізі тривалий час не передбачала терапій важких психічних розладів (тобто психозів) і не переходила “бар’єру” межових розладів. Лише впродовж останніх півтора-двох десятиліть психодинамічно орієнтовані психіатри та психотерапевти почали активніше співпрацювати з психотичними пацієнтами, опрацьовувати спеціальні покази для їх терапії. Такі практичні потреби диктували необхідність створення самостійної діагностичної методології для всіх реєстрів психічних порушень, включно з психотичними [32].

Нині діагностика психічних розладів на основі психодинамічного підходу є рівнозначною клінічному підходу і базується на систематиках МКХ-10 та DSM-IV [33]. Це означає, що психодинамічно орієнтовані терапевти мають змогу, не вдаючись до спеціальних психопатологічних методів (правда, і не ігноруючи їх повністю), достатньо надійно кваліфікувати психічні розлади у своїх пацієнтів. При цьому сама методологія діагностичного процесу базується на інших методологічних засадах. Найзагальніше можна сказати, що, згідно з психодинамічними уявленнями:

- 1) Всі психічні порушення поділяються на три великих класи: психотичну організацію, межову організацію та невротичну організацію особистості. Наявна симптоматика для діагнозу не є вирішальною, як у клінічній психіатрії. Наприклад, пацієнт із психотичною організацією нині може мати на фасаді обсессивно-компульсивні розлади, якими він захищається від психотичного “зламу”. Тому його буде кваліфіковано не як “невротичний”, а “психотично організований”.
- 2) Розлади особистості займають окреме, центральне місце: будь-який психодинамічний діагноз спрямовується перш за все на виявлення порушень або проявів дезінтеграції особистості. Прийнято вважати, що при невротичній організації особистість залишається достатньо інтегрованою, при межовій — нестабільною, а при психотичній — з тими чи іншими дефіцитами (дефектами) та дезінтегрованою.
- 3) Симптоми психічних захворювань при психодинамічному підході віддзеркалюють не стільки патогенетичні підґрунтя хвороби, скільки психогенетичні (як з одного переживання витікають інші переживання) механізми. Загалом, названі психогенетичні механізми прийнято розглядати як системи психологічного захисту, спрямовані на компенсацію структурних розладів (або дефіцитів) особистості.

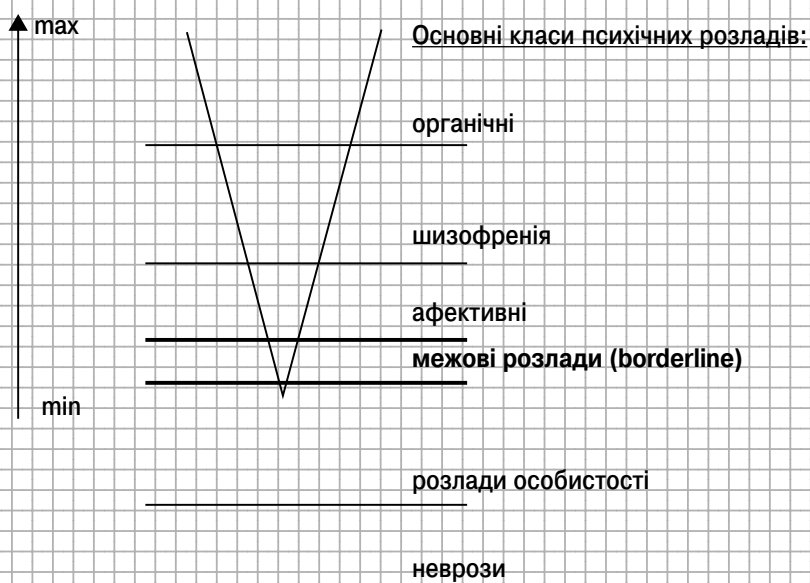


- 4) Виявлення цих психогенетичних механізмів і пов'язаних із ними симптомів базується на психодинамічній кваліфікації так званих механізмів психологічного захисту. Серед цих механізмів виділяють незрілі (психотичні), відносно незрілі (межові) і відносно зрілі (невротичні) способи захисту. Так, наприклад, виявлення у пацієнта незрілого механізму проєкції свідчить про психотичну організацію особи; домінування захистів за типом розщеплення або проєктивної ідентифікації — про межовий розлад і т. ін.
- 5) Принциповим моментом психодинамічної діагностики є вміння лікаря або психотерапевта розпізнавати захисні психологічні механізми в себе самого. Без цієї умови психодинамічна діагностика неможлива. Таке “паралельне” розпізнавання механізмів психологічного захисту, на яких, як сказано, базується психодинамічна діагностика, має передумовою фахове вміння співпереживати пацієнтові (зазначимо, що саме тому для психодинамічної роботи необхідне індивідуалізоване навчання, в межах якого передбачається набування власного досвіду психодинамічних переживань).

Зрозуміло, що при психодинамічній діагностиці лікар або психотерапевт значно краще розпізнають у себе відносно зрілі механізми захисту, а тому можуть краще застосовувати свій внутрішній досвід для діагностики. Необхідно уточнити ще раз, що під зрілими механізмами прийнято розуміти такі, що функціонують у нормі і при незначних невротичних розладах. Відповідно, менш зрілі і незрілі механізми захисту *розпізнаються особою, яка діагностує, як у себе, так і в пацієнтів значно важче*. Тобто при психодинамічному підході значно краще і точніше розпізнаються невротичні розлади і значно “слабше” — психотичні [34].

Практика і теорія психодинамічної діагностики, отже, доводить, що роздільна здатність психодинамічного методу функціонує з точністю “до навпаки” відносно роздільної здатності клінічного методу (схема 2).

Схема 2. Роздільна здатність психодинамічного методу.



На цій схемі, однак, межові (borderline) стани, як бачимо, займають таке ж проміжне становище, як і в схемі 1. Як уже було сказано, саме при психодинамічному розумінні ці стани характеризуються як “стабільна нестабільність” і зараховуються одночасно як до психотичних, так і непсихотичних форм психічних розладів. Пригадавши, що в психіатричних систематиках межові стани включають приховані форми шизофренії та МДП, важкі розлади особистості, а також діагностично нечіткі випадки псевдоневрозів та псевдопсихопатій з епізодами шизофреноформної та афективної симптоматики, то можна бачити, що при психодинамічному підході межові стани хоча й кваліфікуються як окрема, чітко визначена група психічних розладів, однак їх розуміння загалом не суперечить їх розумінню як психіатричних.

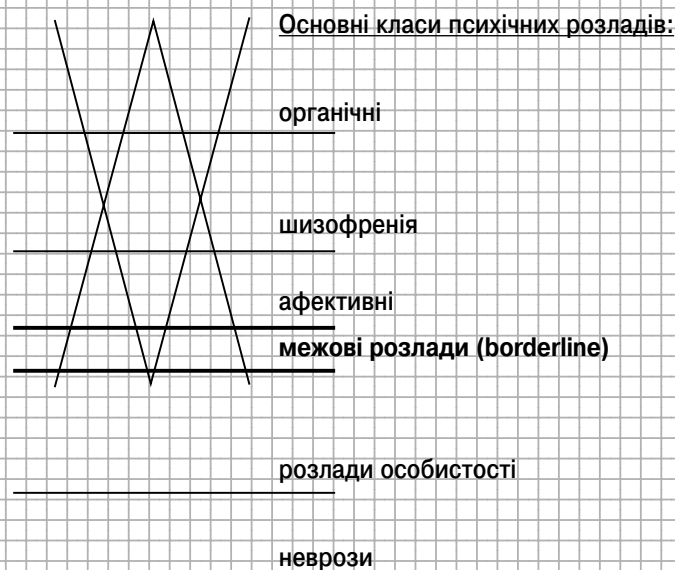
Якщо тепер схематично накласти дві основні методології діагностики — психіатричну та психодинамічну — одну на одну, то отримуємо такий результат (схема 3).

На цій схемі добре видно, що межові (borderline) стани є центральною ділянкою, в якій перехрещуються дві названі методології — клінічна та психодинамічна. При цьому самі межові стани є начебто межею точності і достатньої роздільної здатності кожного з методів.

З цього випливає головна теза нашої власної концепції. Найбільш сумнівна в діагностичному плані група психічних розладів — *borderline condition* — і, відповідно, доволі численна група пацієнтів, які страждають межовими розладами, є не стільки “проміжною” психічною патологією між психозами і неврозами, скільки результатом зіштовхнення двох методологій — феноменологічної (клінічної, психіатричної) та психодинамічної (психоаналітично орієнтованої).

Іншими словами, класичне визначення межових (borderline) станів як “великої групи психічних розладів між психозами і неврозами” [35] можна переформулювати таким чином: межові (borderline) розлади є великою групою психічних по-

Схема 3. Місце межових станів в перетині двох методів.



рушень, які ще досі не мають ані надійної діагностичної кваліфікації, ані визначеного місця в існуючих систематиках психічних хвороб. Borderline-синдром є результатом недостатньої точності як клінічного, так і психодинамічного методів, а отже, систематичним “артефактом” психіатрії.

### Терапевтичні пропозиції

Запропонована нами концепція пограничних (borderline) розладів як перетину двох підходів до психічних порушень якнайкраще підтверджує пануючу нині точку зору стосовно їх терапії. Численні психофармакологічні дослідження і великий клінічний досвід лікування субшизофренічних та субафективних розладів, складних та поліморфних неврозів свідчить про те, що арсенал препаратів тут є практично необмеженим [див. 28, с. 655—673]. Як засвідчує аналіз даних літератури, нині навіть важко зорієнтуватися, якими насправді можуть бути препарати вибору при психофармакологічному лікуванні borderline-condition. Загалом, можна лише сказати, що пацієнти з пограничними (borderline) розладами в періоди загострення симптоматики вимагають більше симптом-орієнтованого медикаментозного втручання, ніж хворі на неврози, шизофренію та афективні порушення [див. 28, с. 670—673]. На нашу думку, такий симптом-орієнтований підхід для borderline-пацієнтів є важливим саме тому, що ці хворі, будучи нестабільними впродовж усього життя, вимагають у час загострення такої фармакологічної підтримки, яка б стабілізувала наявну в певний момент симптоматику: сьогодні — настирливу, завтра — дисоціативну, ще пізніше — субпсихотичну, відтак — розлади імпульс-контролю і т. ін.

Разом з тим добре відомо, що психофармакотерапія у цих пацієнтів виконує лиш частину свого завдання. Другим, не менш важливим компонентом лікування при пограничних (borderline) розладах є психотерапія. Більшість авторів дотримується точки зору, що найбільш успішною для цих хворих є *тривала, стабільна, орієнтована на зміцнення структури особистості та поступове поліпшення Его-функцій психодинамічно орієнтована терапія* [див. 28, с. 445—483].

Таким чином, як найоптимальніша стратегія лікування borderline-пацієнтів нині розглядається поєднання тривалої підтримуючої та реструктуризуючої психотерапії (включно з груповими методами), комбінованої при необхідності з прицільною психофармакотерапією.

Проблема полягає лише в тому, що borderline-пацієнти не завжди охоче звертаються по психофармакологічну підтримку, а якщо й погоджуються на неї, то дуже часто переривають її без достатнього обґрунтування. Часто буває і так, що призначення психофармакологічних препаратів для них означає неуспішність психотерапії, що також стає на заваді її стабільності.

Клінічні дані, отримані останнім часом, свідчать, однак, про те, що не лише поведінкові порушення, імпульсивність, нестабільність, численні невротичні симптоми та психотичні спалахи стоять на заваді лікування. Згідно з даними В. Dulz [28, с. 61], хворі з пограничними розладами не лише при психотичних загостреннях, але й без них виявляють симптоматику, яку прийнято зараховувати до шизофреноподібної, включно з розладами мислення. Ця симптоматика рідко проявляє себе очевидно, але доволі виразно впливає на весь поведінковий стиль таких хворих, маскуючись псевдоневротичною, псевдопсихопатичною та афективною симптоматикою. Виявлено такі розлади мислення та шизофреноподібні прояви у borderline-хворих:

- ◆ магічне мислення — 34% (при шизофренії — 9,4%, при нормі — 0%);
- ◆ повторні ілюзії — 24% (відповідно — 3,1% і 2,2%);
- ◆ деперсоналізація — 36% (відповідно — 9,4% і 0%);

- ◆ дереалізація — 30% (відповідно — 18,8% і 2,2%);
- ◆ немаєчна параноя — 100% (відповідно — 62,5% і 4,3%);
- ◆ ідеї відношення — 74% (відповідно — 43,8% і 2,2%);
- ◆ власне розлади мислення — 100% (відповідно — 65,6% і 6,5%);
- ◆ квазі-психотичне мислення — 40% (відповідно — 0% і 0%);
- ◆ квазі-галюцинації — 26% (відповідно — 0% і 0%).

Із цих даних чітко видно, що borderline-пацієнти несуть у собі значно більше психотичної готовності та розладів мислення, ніж можна було би від них очікувати. Відтак, зрозумілішими стають принципи прицільної психофармакотерапії. Ці принципи повинні відповідати таким 4-м умовам:

1. короткотривалі психотичні епізоди слід лікувати швидкодіючими нейролептиками, бажано в таблетованій формі;
2. наявність прихованої психотичної симптоматики та розладів мислення нерідко дає підстави продовжити лікування м'якою психофармакотерапією;
3. як у гострих випадках, так і при підтримуючому лікуванні, пограничні borderline-пацієнти — **для того, аби довіряти психотерапії і утримуватись у стабільних її межах** — повинні бути максимально позбавлені впливів побічної дії, що пов'язане також із
4. достатньо активним соціальним функціонуванням та униканням будь-яких перешкод для такого функціонування. Для цих пацієнтів відчутна побічна дія нейролептиків може бути, з одного боку, підтвердженням “серйозної хвороби”, а з іншого боку, стигматизуючим моментом у стосунках, які і без того є ускладненими.

### Література

1. Schmidberg M. (1947). The treatment of psychopathic and borderline patients. Am. J. Psychother.; 1: 45-71.
2. Schmidberg M. (1959). The borderline patient. In: American Handbook of Psychiatry. Vol. 3 Arieti S. (Hrsg). NewYork: Basic Books; 398-416
3. Hughes C. H. (1884a). Borderland psychiatric records — pro-dromal symptoms of psychical impairment. Alienist and Neurologist; 5: 85-91.
4. Rosse I. C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. J. Nerv. Ment. Dis.; 78: 669-83.
5. Clark L. P. (1919). Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. Psychoanal. Rev.; 6: 306-8.
6. Stern A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal. Q.; 7: 467-89.
7. Hoch P. H., Polatin P. (1949). Psuedoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr. Q.; 23: 248-76.
8. Zilboorg G. (1941). Ambulatory schizophrenia. Psychiatry; 4: 149-55.
9. Mayer W. (1950). Remarks on abortive cases of schizophrenia. J. Nerv. Ment. Dis.; 112: 539-42.
10. Peterson D. R. (1954). The diagnosis of subclinical schizophrenia. J. Consult. Psychol.; 18: 198-200.
11. Kety S. S., Rosenthal D., Wender P. H., Schulsinger F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: The Transmission of Schizophrenia. Rosenthal D., Kety S. S. (Hrsg). NewYork: Pergamon Press; 345-62.
12. Kety S. S., Rosenthal D., Wender P. H., Schulsinger F. (1975). Mental illness in biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic: a preliminary report based on psychiatric interviews. In: Genetic Research in Psychiatry. Fieve R. R., Rosenthal D., Brill H. (Hrsg). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
13. Stone M. H. (1977). The borderline syndrome: Evolution of the term, genetic aspects and prognosis. Am. J. Psychotherapy; 31: 345-65.
14. Stone M. H. (1988). Toward a psychobiological theory of borderline personality disorder: is irritability red line thread that runs through borderline conditions? Dissociation; 1: 2-15.
15. Stone M. H. (2000). Entwickelt sich die Borderline-Persoenlichkeitsstoerung zu einem Massenphaenom-en? In: Handbuch der Borderline-Stoerungen. Kernberg O. F., Dulz B., Sachsse U. (Hrsg). Schattauer. — Stuttgart, NewYork. — 2000.
16. Gunderson J. G. (1984). Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.

17. Gunderson J. G., Carpenter W. T., Strauss J. S. (1975). Borderline and schizophrenic patients: a comparative study. *Am. J. Psychiatry*; 132: 1257-64.
18. Gunderson J. G., Links P. (1995). Treatment of borderline personality disorder. In: Treatment of psychiatric disorders: The DSM-IV Edition. 2<sup>nd</sup> ed. Gabbard G. O. (Hrsg). Washington. DC: American Psychiatric Press; 2291-309.
19. Siever L. J., Klar H., Coccaro E. (1985). Psychobiologic substrates of personality in biological response styles: clinical implications. Washington. DC: American Psychiatric Press; 38-66.
20. Siever L. J., Trestman R. L. (1993). The serotonin system and aggressive personality disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.*; 8 (Suppl. 2): 33-9.
21. Kendler K. S., Masterson C. C., Ungaro R., Davis K. L. (1984). A family history study of schizophrenia-related personality disorders. *Am. J. Psychiatry*; 141: 424-27.
22. Kendler K. S., Walsh D. (1995). Schizotypal personality disorder in parents and the risk for schizophrenia in siblings. *Schizophrenia Bull.*; 21: 47-52.
23. Grinker R. R., Werble B., Drye R. C. (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Function*. New-York: Basic Books.
24. Grinker R. R. (1977). The borderline syndrome: a phenomenological view. In: *Borderline Personality Disorders*. Hartocollis P. (Hrsg). Madison, Connecticut: International University Press.
25. Akiskal H. S., Rosenthal T. L., Haykal R. F., Lemmi H., Rosenthal R. H., Scott-Strauss A. (1980). Characterological depressions: clinical and sleep EEG findings separating "subaffective dysthymias" from "character spectrum disorders". *Arch. Gen. Psychiatry*; 777-83.
26. Akiskal H. S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J. Clin. Psychopharmacol.*; 16(Suppl. 1): 4S-14S
27. Spitzer R. L., Endicott J., Gibbon M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Arch. Gen. Psychiatry*; 36: 17-24.
28. *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg O. F., Dulz B., Sachsse U. (Hrsg). Schattauer. — Stuttgart, NewYork. — 2000.
29. Kendell R. E., Zealley A. K. *Companion to psychiatric Studies*, 5<sup>th</sup> Ed. — Churchill Livingstone, Edinburgh-London-NewYork-Tokyo. — 1993. — 955 p.
30. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*, 9 Aufl. — Springer, Berlin-Heidelberg-NewYork. — 1975. — 748s.
31. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (ed. A. Freedman, H. Kaplan, B. Sadock), Vol. 2. — The Williams & Wilkins Company, Baltimore. — 1976. — с. 847-849
32. Хэзлем М. Т. Психиатрия (пер. с англ., 2 изд.). Львов, Инициатива. — 1998. — с. 17.
33. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия (из синопсиса по психиатрии) (пер. с англ.), в 3 т. — Медицина, Москва. — 1994. — Т. 1. — 871 с.
34. Kendell R. E., Zealley A. K. *Companion to psychiatric Studies*, 5<sup>th</sup> Ed. — Churchill Livingstone, Edinburgh-London-NewYork-Tokyo. — 1993. — 955 p.
35. *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. — Oxford University Press, Delhi-Bombay-Calcutta-Madras. — 1992. — 362 p.