

АФЕКТ-ОРІЄНТОВАНА ПАТОЛОГІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОГРАНИЧНИМИ (BORDERLINE) РОЗЛАДАМИ. ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХІД

Н. І. Долішня,
кафедра психіатрії та психотерапії Львівського медичного університету

Діагностика і лікування пацієнтів з пограничними (borderline) розладами є причиною численних суперечок між психотерапевтами, психіатрами та психофармакологами, вірогідно через їх різні погляди на окремі особливості та прояви психічних розладів. Психотерапевти насамперед звертають увагу на динаміку розладів, психіатри — на їх симптоматику, а психофармакологи — на фармакокінетику та фармакодинаміку препарату. На нашу думку, важливим є вивчення не тільки клінічних особливостей психічних розладів, а й структурних особливостей психіки, що відкриває шлях до розуміння взаємозв'язку різних симптомів, а відтак до прогнозування перебігу та оптимізації терапії.

Тому дуже актуальною є проблема комплексного терапевтичного підходу до діагностики пограничної організації особистості, її місця у виникненні психічної патології, а відтак для оцінки, чи достатнім є застосування психотерапевтичних методів для досягнення зміни особистості та визначення місця психофармакології в терапії цього стану.

Більшість досліджень пограничних розладів вказує на їх тісний зв'язок з шизотипальними (Kety et al., 1968). Ця точка зору домінує в діагностичній класифікації шизофренії та шизотипальних розладів DSM-III, DSM-III-R, а відтак і в терапії. Водночас відомо, що важливим структурним критерієм, який відрізняє пограничну організацію особистості, є насамперед афективна нестійкість у вигляді неспроможності витримувати тривогу і контролювати свої емоційні імпульси. Це призводить до частих змін настрою, нестабільності у стосунках, недооцінки своїх можливостей. Пасивно-залежна поведінка, страх перед можливою критичною оцінкою зумовлюють демонстративну активність без реальних результатів, імпульсивні реакції у вигляді антисоціальних або захисних (обсесивно-компульсивних) форм поведінки, суїцидальні вчинки. Власне, така симптоматика часто нагадує психопатологічні ознаки афективних розладів і трактується клініцистами як циклотимія або як прояв атипичних афективних психозів (Akiskal, 1981, Klein, 1977). На труднощі розмежування таких станів ще в 1920 році звертав увагу E. Krepelin, чим засвідчив недолік своєї нозологічної концепції і монокаузального підходу до діагностики психічних розладів. Клінічні дослідження (Fyeret et al., 1984) виявили тісний зв'язок пограничних розладів і депресивної патології, яка може бути причиною розладів поведінки, провокувати або маскувати їх виникнення. Вважають, що 1—2% осіб у загальній популяції має прояви цього синдрому. Цей стан коморбідний з такими захворюваннями, як афективні розлади (автори різних досліджень вважають, що 25—75% таких хворих страждає від депресивних розладів, 5—20% пацієнтів — від біполярних розладів). Близько 25% хворих на булімію страждають пограничним (borderline) розладом.

Спроба діагностувати пограничний розлад за клінічними ознаками зумовила появу праць, що беруть за основу диференціації кількісну оцінку афективних симптомів. Так, на думку Snyder та Goodpaster (1984), особи з пограничними розладами відрізняються більшою імпульсивністю, суїцидальністю, маніпулятивністю поведінки, тоді як депресивні пацієнти схильні до розладів сну та добових коливань

настрою. Клінічна вираженість симптомів депресивної патології покладена в основу диференціальної діагностики пограничних розладів у класифікаціях DSM- III і DSM-III-R.

Критерії диференціації депресії та пограничного розладу за DSM -III-R

Велика депресія	Пограничний розлад
Пригніченість, дратівливий настрій	Емоційна нестабільність, страх, емоційна неадекватність
Почуття меншовартості та вини	Невпевненість у собі, своїй меті та обраному шляху
Втрата інтересів, задоволення	Нудьга
Занепокоєність втратою енергії	
Періодичні думки про смерть та суїцид	Періодичні суїцидальні спроби та суїцидальна поведінка

Наведена класифікація акцентує увагу на нюансах афективної патології, тоді як інших ознак функціонування особистості не беруть до уваги. Так, патологічний азарт, клептоманію, трихотиломанію, транзиторні приступи гніву та роздратування, піроманію, спроби самопошкодження розглядають як прояви патології особистості. Таким чином, хоч афективна патологія посідає важливе місце в клінічних проявах погранично функціонуючої особистості, вона сама по собі не дає можливості оцінити структурні зміни, за якими можна міркувати про пограничну організацію особистості. Концентрація уваги на природі характерного для цих пацієнтів основного конфлікту, а саме пасивно-залежної поведінки, пов'язаної з недостатньою інтеграцією свого "я", дає змогу розрізнити дисфоричну реакцію, біполярний розлад та патологію особистості, а відтак будувати терапевтичну тактику.

Сучасні дослідження не пропонують специфічних медикаментозних засобів терапії пограничних розладів і свої зусилля концентрують на психотерапії, метою якої є корекція протиріч у поведінці пацієнтів, профілактика переходів одного емоційного стану в інший та контроль агресивних імпульсів. Однак психотерапія орієнтується на природу основного конфлікту, а не на його клінічні особливості, в яких велика питома вага належить симптомам патології афекту. Враховуючи нейрофізіологічну та біохімічну моделі розвитку афективної патології, для її лікування застосовують препарати антидепресивної дії. Gole наводить результати лікування трициклічними антидепресантами, які, на його думку є найбільш ефективними. Rifki у спостереженні 21-го хворого з ознаками характерологічної емоційної нестабільності з частою зміною депресивного і маніакального станів відзначив позитивний терапевтичний ефект фінлепсину і літію, який полягав у редукції приступів злоби та суїцидальної поведінки. Позитивний терапевтичний ефект флуоксетину та золофту, що проявляється у зменшенні дратівливості, частоти агресивних дій та вчинків у пограничних пацієнтів, засвідчило дослідження Р. Н. Soloff (1990), що є підтвердженням гіпотези про існування зв'язку між втратою імпульс-контролю і регуляцією обміну серотоніну, норадреналіну та дофаміну. Увагу психофармакологів останніми роками привертає використання як стабілізаторів настрою протиепілептичних препаратів депакіну і конвульсофіну, ефективність яких була вищою

за наявності біполярних афективних розладів. Calabrese (1995), Weisler (1994) констатували зменшення вираженості депресивних розладів при застосуванні ламікталу у хворих, резистентних до інших антидепресантів. Призначення терапії ламікталом у кількох американських та європейських клініках хворим з негативною терапевтичною реакцією і нечутливістю до нормотимічних засобів супроводжувалося поліпшенням психічного стану у 65% хворих при застосуванні добової дози від 50 до 600 мг (Suppes, 1999) або при поєднанні його з терапією антидепресантами. Хоча профілактична дія ламікталу залишається предметом досліджень, позитивним моментом є подвійний механізм його дії, який полягає не тільки у блокуванні натрієвих каналів, а й у регуляції імпульсивності та інших афективних проявів через нейротрансмітерну систему, що зумовлює кідлінговий ефект і може бути підставою для застосування ламікталу з метою впливу на регуляцію імпульс-контролю. Довгий, від 15 до 60 годин, період піввиведення і відсутність взаємодії з іншими ліками є сприятливими моментами для формування довіри до терапії, що необхідно для встановлення терапевтичних стосунків та інтеграції особистості.

Таким чином, наявні дослідження не пропонують специфічних засобів медикаментозної терапії пограничних пацієнтів з проявами афективної патології. Психофармакотерапія повинна бути скерована на специфічні для пограничних пацієнтів симптоми, а саме на імпульсивну поведінку, яка включає різноманітні реакції уникання ризику або наражання на ризик, розлади прийому їжі та афективну симптоматику, що полягає в коливаннях настрою та ознаках депресії й утруднює можливість використання в терапії інших методів та підходів.

Література

1. О. Кернберг. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии., Москва: "Класс"2000. 460 с.
2. J. F. Clarkin, E. Marziani, H. Munroe-Blum. Borderline personality disorder. The Guilford press, 1992.
3. Borderline disorders. Ed. G. Goldstein. 1990.
4. Widiger T.A., Frances A. American Psychiatric Press 1989.
5. Soloff P. H. George A., Nathan R. S. Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. Arch Gen Psychiatry 1983 43 698-700.
6. Gole J.O. at al. // J. Clin. Psychiatry 1984.
7. Suppes T. at al. Lamotrigine for the treatment of bipolar disorder. // J. Affekt. Dis. 1999, 53.
8. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des irreseins. // Zschr. ges. Neurol. u. Psychiat. 1920. Bd. 62.
9. Calabrese J. R. at al. A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar depression. // J. Clin. Psychiatry. — 1999, — 60, P. 79-88.