

На правах рукописи

Кулешов Алексей Андреевич

ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ
(траектория развития, критерии дифференциальной диагностики, вопросы
комплексной терапии)

3.1.17. — «Психиатрия и наркология»
(медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва — 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Каледа Василий Глебович

Официальные оппоненты:

Ткаченко Андрей Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел судебно-психиатрической экспертизы, руководитель.

Петрова Наталия Николаевна — доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства РФ, кафедра психиатрии и наркологии, заведующая.

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 24 апреля 2023 года в 11:00 на заседании диссертационного совета 24.1.188.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>
Автореферат разослан «___» марта 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Актуальность изучения проблемы пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юношеском возрасте обусловлена высокой распространенностью, значительно превышающей показатели взрослого возраста, полиморфизмом психопатологических расстройств, тяжестью клинических проявлений, высокой представленностью ауто- и гетероагрессивного поведения, сопровождающиеся стойкими нарушениями социальной, учебной и трудовой адаптации [Guilé J. M. et al., 2018; Winsper C., 2021; Reichl C., Kaess M., 2021].

В ряде ранее проводимых исследований установлено, что симптомы ПРЛ могут быть впервые выявлены в подростковом периоде, что делает возможным его диагностирование с 11-летнего возраста [Bernstein D. P. et al., 1993; Guilé J. M. et al., 2018; Zanarini M. C. et al., 2011]. Формирование ПРЛ в подростково-юношеском периоде связано с такими факторами как наследственная отягощенность у родственников личностными аномалиями, предшествующими расстройствами поведения детского возраста [Paris J., 2014], наличие значимых психотравмирующих ситуаций, эпизодов применения психического, физического и сексуального насилия [Geselowitz B. et al., 2021], диагностированный ранее синдром дефицита внимания и гиперактивности, симптомы которого могут с возрастом трансформироваться в клинические признаки [Акча Ö. F. et al., 2020].

С наступлением периода юности психопатология ПРЛ становится наиболее гетерогенной, включает в себя расстройства эмоциональной сферы с аффективной нестабильностью, импульсивными поступками и нарушениями самоидентификации [Петрова Н. Н. и др., 2022; Vanwoerden S. et al., 2022].

Большинство авторов отмечают тесную взаимосвязь ПРЛ в юношеском возрасте с коморбидными психопатологическими расстройствами аффективного, невротического круга [Yen S. et al., 2015; Levy K. N. et al., 2020]. При этом особую диагностическую трудность вызывает вопрос коморбидности ПРЛ с биполярным аффективным расстройством, в особенности с континуальным вариантом течения с преобладанием аффективно смешанных состояний и ультрабыстрых циклов [Каледа В. Г., Зяблов В. А., 2020; Zimmerman M. et al., 2013; Chanen A. M. et al., 2016; Bayes A. J. et al., 2016]. Особую сложность представляют вопросы дифференциальной диагностики ПРЛ с шизотипическим расстройством, что связано с диагностической оценкой транзиторных психотических эпизодов

[Романов Д. В., 2014, 2015; Cavelti M., Thompson K., Chanen A. M. et al., 2021] и аттенуированной психотической симптоматики [Омельченко М. А. и др., 2019; Shultze-Lutter F., 2009; Kelleher I. et al., 2012].

В современных исследованиях остаётся недостаточно изучена динамика ПРЛ после завершения юношеского возраста, при этом отмечается диагностическая нестабильность и возможная нозологическая траектория к диагнозам аффективного и шизофренического спектра по достижении зрелого возраста [Videler A. C. et al., 2019]. Отсутствие системных подходов к изучению ПРЛ юношеского возраста с фрагментарностью представлений о его психопатологических особенностях, ввиду патопластического и патогенетического влияния возрастного фактора, способствует возникновению ошибочных концепций и низкоэффективных терапевтических тактик и стратегий.

Таким образом, проблема раннего распознавания и клинично-нозологической оценки психопатологических расстройств при пограничном расстройстве личности остается одной из наиболее сложных проблем психиатрии юношеского возраста. Отмечается необходимость разработки актуальных терапевтических тактик, а также психокоррекционных и социально-трудовых мероприятий в отношении данного контингента больных.

Степень разработанности темы исследования. В актуальных научных работах, посвященных пограничному расстройству личности, вектор исследования был направлен на поиск предикторов и причин возникновения расстройства с изучением биологических и генетических факторов [Paris J., 2014; Winsper C., 2020; Vanwoerdan S. et al., 2022]. Исследователями была подчеркнута актуальность исследования ПРЛ в юношеском возрасте с рассмотрением обнаруженных аномалий и психопатологических синдромов с использованием категориальных и дименсиональных диагностических моделей [Гадисов Т. Г., Ткаченко А. А., 2020; Петрова Н. Н. и др., 2022; Bozzatello P. et al., 2021; Sharp C., Clercq B., 2020]. Значительная часть научных работ посвящена раннему терапевтическому вмешательству, направленному на уменьшение риска возникновения ауто- и гетероагрессивного поведения, предотвращение суицидальных попыток, профилактике возникновения стойких нарушений социальной и трудовой адаптации [Biskin R. S. et al., 2012; Kaess M., 2014; Chanen A. M. et al., 2021, 2022]. В то же время авторами подчеркнута недостаточная изученность психопатологии ПРЛ в юности, отсутствуют

специальные исследования, посвященные конструкту ПРЛ, учитывающие патогенетическое и патопластическое влияние возрастного фактора.

Цель исследования — выявление клинико-психопатологических особенностей ПРЛ в юношеском возрасте с определением ведущих психопатологических синдромов и их дальнейшей траектории с установлением дифференциально-диагностических критериев их оценки.

Задачи исследования:

1. Определить психопатологические особенности ПРЛ с учетом патопластической роли юношеского возраста.
2. Разработать клиническую типологию патологической динамики ПРЛ.
3. Выделить закономерности динамики ПРЛ и коморбидных расстройств после завершения юношеского возраста.
4. Установить механизмы формирования аутоагрессивного поведения в клинике ПРЛ юношеского возраста.
5. Разработать основные подходы к комплексной терапии пограничного расстройства личности в юношеском возрасте.

Научная новизна исследования. Основная часть исследований, посвященных ПРЛ, сосредоточена на взрослом контингенте [Kopala-Sibley D. C. et al., 2012; Campbell K. et al., 2020]. При этом отмечается тенденция к увеличению исследований, посвященных юношескому возрасту, и расширению дискуссий о правомочности установления диагноза ПРЛ в данном возрастном периоде [Fonagy P. et al., 2014; Greenfield B., Henry M. et al., 2015; Kaplan C. et al., 2016]. Несмотря на то, что ранее предпринимались попытки разработки типологизации ПРЛ [Millon T., et al., 2004; Clithfield K. L., Clarkin J. F., 2008; Sleuwaegen E., Claes L. et al., 2017; Duica L., Antonescu E. et al., 2022], данные исследования были сосредоточены на контингенте больных взрослого возраста, и их результаты не представляется возможным экстраполировать на больных юношеского возраста, так как они не учитывали влияние патопластического фактора юношеского возраста на формирование и клинические проявления изучаемого РЛ. В настоящем клинико-психопатологическом исследовании был произведен анализ психопатологической структуры ПРЛ в юношеском возрасте, который позволил разработать оригинальную типологию. На основании представленных наблюдений выделено три типологические разновидности ПРЛ в юности: по типу «аффективного шторма», «аддиктивной адреналиномании», с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями

самоидентификации, — каждая из которых обладала психопатологическими особенностями, определяющими клиническую картину. По результатам катамнестического исследования динамика и дальнейший прогноз внутри типологических разновидностей отличались своей неоднородностью с различной представленностью коморбидных расстройств и их интенсивностью. При этом для каждой разновидности были выделены благоприятные и неблагоприятные варианты динамики ПРЛ после завершения юношеского возраста, где основную роль в усугублении клинической картины обуславливали коморбидные расстройства аффективного, аддитивного и невротического круга. Полученные данные дополнительно подтверждены нейропсихологическими и нейрофизиологическими исследованиями. В результате исследования были разработаны и обоснованы основные принципы комплексной терапии ПРЛ в юношеском возрасте, включающей фармакотерапию, психотерапию, определены социо-реабилитационные мероприятия, направленные на повышение адаптации пациентов.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

В проведенном исследовании была решена актуальная задача клинко-психопатологического анализа пограничного расстройства личности в юношеском возрасте с разработкой клинко-диагностических и клинко-прогностических критериев. Представлена оригинальная прогностически значимая типология ПРЛ. Полученные данные имеют теоретическую и практическую значимость и представляются перспективными для дальнейших разработок классификаций РЛ и выявления клинко-биологических корреляций при исследовании вопросов патогенеза. Разработанная типология, а также выявленные клинко-динамические особенности изученного контингента больных, позволяют разработать и внедрить персонифицированный подход к их комплексной терапии. Результаты, полученные в настоящей работе, могут быть использованы при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов. Методические принципы, на которых построено исследование, применимы для дальнейших научно-практических разработок по этой проблеме.

Методология и методы исследования. Настоящее исследование выполнено в отделе юношеской психиатрии (рук. — д. м. н. В. Г. Каледа) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — д.м.н., проф. Т. П. Ключник) в период с 2019 по 2022 гг. Общую когорту составили 143 пациента — 51 женщина и 92 мужчины, которые проходили стационарное

лечение или наблюдались амбулаторно в связи с декомпенсацией пограничного расстройства личности. Все указанные больные составили 2 группы: клиническую (73 больных), которые были госпитализированы в 2019–2022 годы, и катамнестическую (70 больных), которые находились на стационарном или амбулаторном лечении в клинике НЦПЗ в 2006–2010 гг.

Критерии включения: Пациенты юношеского возраста (16–25 лет), диагноз «пограничное расстройство личности» (F60.31 — в соответствии с критериями МКБ-10, эмоционально неустойчивое расстройство личности — пограничный тип), длительность наблюдения не менее 10 лет (для катамнестической группы), что позволило оценить дальнейшую динамику изучаемых состояний и его исход по миновании больными юношеского возраста.

Критерии невключения: Наличие в анамнезе психотических приступов, соответствующих критериям шизофрении (F20.x), сопутствующая соматическая, неврологическая или психическая патология, затрудняющая обследование.

В соответствии с целями и задачами диссертационного исследования использовались следующие методы: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, психометрический (HDRS, HARS, BIS-11, PBQ-BPD, TAS, SCID-5), нейрофизиологический¹, нейропсихологический², статистический.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 605 от 27.12.2019).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Пограничное расстройство в юношеском возрасте гетерогенно, представлено различными вариантами психопатологических состояний, где возрастной фактор при наличии патологической личностной структуры, оказывает патопластическое влияние на формирование и дальнейшую динамику синдромов ПРЛ как в юношеском возрасте, так и по его завершении.

2. Обнаруженная психопатологическая неоднородность синдромов ПРЛ позволила разработать типологию, где выделенные разновидности отличались не только выраженностью клинических проявлений, но и имели собственные закономерности течения коморбидных расстройств с разнообразной

¹ Совместно с лабораторией нейрофизиологии (руководитель — д. б. н., проф. А. Ф. Изнак).

² Совместно с м. н. с. отдела юношеской психиатрии Фатеевым Ю. С.

дальнейшей возрастной динамикой, как с возможностью компенсации патологических состояний, так и с неблагоприятными исходами.

3. Формирование аутоагрессивного поведения и антивитальной активности обусловлено психопатологическими особенностями синдромов ПРЛ. Каждая типологическая разновидность обладает собственными закономерностями в возникновении несуйцидальных самоповреждений (НССП) и суйцидальных попыток (СП), а также различными механизмами их осуществления.

4. Дифференциальная диагностика ПРЛ в юношеском возрасте с другими психопатологическими расстройствами остается затруднительной в связи с выраженным клиническим полиморфизмом и влиянием возрастного фактора. По результатам катамнестического исследования у части пациентов обнаруживается траектория к изменению диагноза в сторону расстройств аффективного и шизофренического спектра.

5. В проведении терапевтических, психофармакологических и реабилитационных мероприятий необходим комплексный подход, который должен учитывать психопатологические особенности ПРЛ и будет направлен на повышение качества жизни и улучшение социального функционирования.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность исследования обеспечивается репрезентативностью клинического и катамнестического материала, использованием комплексной методики обследования, полностью соответствующей целям и задачам исследования, подтвержденной статистическим анализом. Результаты проведенного исследования полностью соответствуют специальности «Психиатрия и наркология» — 3.1.17.

Основные положения диссертации доложены на Конференции молодых ученых, посвященной памяти академика А. В. Снежневского (25 мая 2021, Москва), XVII съезде психиатров России (15–18 мая 2021, Санкт-Петербург), Всероссийской школе молодых психиатров «Суздаль-2021» (23–27 сентября 2021, Суздаль), на 5-й Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья «Биологическая парадигма клиники психических расстройств» (6–8 октября 2022, Кострома).

Личный вклад автора. Автором лично были выполнены все этапы настоящего исследования, проведен анализ литературных источников, произведен набор больных с использованием клиничко-психопатологического, клиничко-катамнестического и дополнительных нейропсихологических,

нейрофизиологических и психометрических методов исследования, произведен анализ и обработка полученных результатов, что обеспечило формулирование положений, выносимых на защиту. Автором сформулированы и обоснованы полученные выводы, разработаны практические рекомендации, а также подготовлены публикации по теме исследования.

Апробация диссертации состоялась 05 июля 2022 года на межотделенческой конференции ФГБНУ НЦПЗ.

Внедрение результатов исследования. Результаты данного исследования нашли применение в практической работе клиники ФГБНУ НЦПЗ, а также филиалов ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ», «Психоневрологический диспансер № 8», «Психоневрологический диспансер № 9».

Публикации результатов исследования. Основные результаты изложены в 17 публикациях, из них 8 статей в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ (в том числе 6 статей в журналах индексируемых Scopus).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 218 страницах машинописного текста (основной текст — 182 страницы, приложение — 35 страниц) и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 281 наименование (из них отечественных 40, иностранных 23). Приведено 15 таблиц, 17 рисунков и 3 клинических наблюдения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного исследования было выявлено, что явления аффективной нестабильности в совокупности со снижением контроля над импульсами и нарушениями самоидентификации занимали одно из центральных положений в динамике ПРЛ в юности. Данные состояния приобретали полиморфный характер под влиянием психотравмирующих триггеров и возрастного фактора с формированием единого континуума психопатологических расстройств, включающих поведенческие нарушения и антивитальную активность.

Обнаруженная неравномерность распределения клинических симптомокомплексов в психопатологической структуре ПРЛ юношеского возраста позволила подтвердить предположение о гетерогенности изучаемого состояния. При сопоставлении частоты, выраженности и последовательности формирования обнаруженных психопатологических симптомокомплексов были выделены три разновидности ПРЛ в юношеском возрасте: с преобладанием эмоциональных расстройств по типу аффективного шторма [Kernberg O. F., 2003; Goodman M., 2009] — I тип; с доминированием расстройств влечения и аддиктивной адреналиномании — II тип; с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации — III тип.

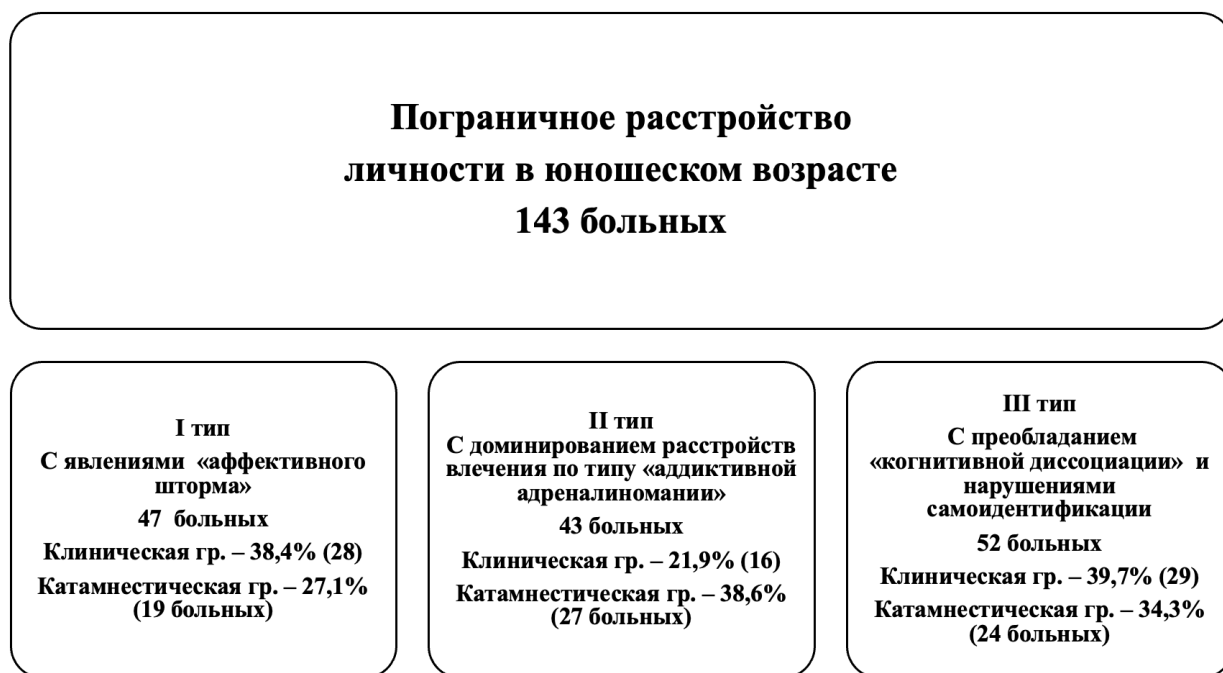


Рисунок 1. Типологические разновидности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте

Для пациентов **I типа** (клиническая группа 38,4% — 28 человек; катамнестическая 27,1% — 19 человек) было характерно преобладание полиморфной картины аффективных расстройств. Структура депрессивных состояний была представлена тревожно-дисфорическим аффектом близким к «unlust», а также явлениями негативной аффективности с ощущением эмоциональной «опустошенности». Гипоманиакальные и смешанные фазы были неоднородны, отмечалась многократная смена аффективной составляющей, что приводило к развитию феномена «аффективного шторма» [Kernberg O. F., 2003]. Быстрая смена фаз сопровождалась поведенческими расстройствами с переоценкой собственных возможностей, утратой критики и нанесением самоповреждений. Интенсивность аффекта способствовала формированию сверхценных расстройств, где преобладали сверхценные идеи экзистенциального содержания, которые в совокупности с расстройствами самоидентификации приводили к утрате способности испытывать положительные эмоции, влияли на мировоззрение больных, обуславливали пессимистическую оценку будущего и собственной жизни.

После завершения юношеского возраста аффективные расстройства становились менее выраженными, но при этом сохраняли свою доминирующую позицию. В динамике данного типа ПРЛ обнаруживалось усиление влияния коморбидной аффективной патологии. У части больных (63,16%, n=12) обнаруживаемые в юношеском возрасте биполярные фазы становились менее выраженными, постепенно теряли свою амплитуду, что соотносилось с проводимым ранее катамнестическим исследованием динамики дизритмических континуальных биполярных аффективных расстройств при ПРЛ [Зяблов В. А., 2020] и обеспечивало более благоприятную динамику данной разновидности ПРЛ в зрелом возрасте. У другой части пациентов (36,84%, n=7) фазы биполярной структуры становились более отчетливыми, характеризовались аутохтонностью при сохранении значимости психотравмирующего фактора.

У больных II типа (клиническая группа 21,9% — 16 человек; катамнестическая группа 38,6% — 27 человек) нарушения влечения занимали одну из ключевых позиций, которые сопровождались выраженным аффективным напряжением с чувством азарта, субъективной необходимостью снять «напряжение» с последующей потерей контроля и критики. Высокая степень выраженности состояния приводила к социальной изоляции и выраженной учебной дезадаптацией больных с формированием соответствующего зависимого образа жизни и возникновением аддиктивных депрессий [Loas G. et al., 2005].

Постоянное аффективное напряжение придавало аддикциям сверхценную направленность, оно клинически проявлялось в патологическом стремлении к риску и формировало явления адреналиномании. [Короленко Ц. П., Овчинников А. А. и др., 2019].

В динамике данного типа ПРЛ после завершения юношеского возраста была характерна общая тенденция к амальгамированию с аддиктивными поведенческими паттернами. Аффективная нестабильность сохраняла свою взаимосвязь с экзогенными факторами, присоединением в дальнейшей динамике коморбидных циклотимических расстройств, интенсивность которых была взаимосвязана с употреблением ПАВ. В структуре полиаддиктивного поведения у больных сохранялось влечение к экстремальной деятельности с непостоянством в сексуальных отношениях. При неблагоприятном течении у одних сохранялось выраженное влечение к ПАВ и алкоголю, при котором длительное употребление психоактивных веществ являлось причиной возникновения энцефалопатии и органических изменений личности [Никифоров И. А. и др., 2015] и являлось серьезным отягощающим соматическим фактором, приведшим к летальным исходам в 1,4% случаев.

Для пациентов **III типа ПРЛ** (клиническая группа 39,7% — 29 человек; катамнестическая группа 34,3% — 24 человека) клиническая картина характеризовалась доминированием диссоциативных и обсессивно-компульсивных расстройств. Психопатологическую структуру данных состояний формировали когнитивные искажения по типу дихотомического «черного-белого» мышления [Napolitano L. A., McKey D., 2007] со склонностью к рефлексии с навязчивым самоанализом текущих и прошлых событий. Депрессивный аффект способствовал усилению руминаций, которые в ряде случаев достигали степени выраженности «помешательства сомнений» [Legrand du Saulle, 1875], при этом у части пациентов обсессивно-компульсивная симптоматика была представлена в виде образных контрастных представлений. Когнитивные искажения обуславливали нарушения самоидентификации и диссоциации в виде сплиттинга эмоциональной сферы, сочетающей в себе, с одной стороны, явления болезненной бесчувственности и алекситимии, с другой — эмоциональную гиперчувствительность (сенситивность). Диссоциативная симптоматика включала в себя деперсонализационный синдром, который описывался пациентами как чувство отчужденности с утратой возможности испытывать положительные эмоции. Не менее редким в психопатологической картине отмечались явления аллопсихической

деперсонализации с ощущением изменения восприятия окружающего мира, с утратой чувства вовлеченности в окружающие события. В ряде случаев диссоциативные симптомы сочетались с расстройствами влечения с формированием особого аддиктивно-компульсивного варианта развития нехимических и поведенческих аддикций. Для этой типологической разновидности ПРЛ было свойственно возникновение когнитивно-перцептивных расстройств, которые возникали в ответ на значимые для больных психотравмирующие ситуации и провоцировались приемом ПАВ. Данные состояния наблюдались в клинической картине в виде элементарных иллюзорных расстройств и обманов восприятия, не достигающих по своей выраженности галлюцинаторного и бредового уровня, и могли быть квалифицированы в рамках аттенуированного психотического синдрома [Омельченко М. А., 2021].

После завершения юношеского возраста при данной разновидности ПРЛ сохранялся клинический полиморфизм, обусловленный наличием всех психопатологических составляющих: импульсивности, аффективной нестабильности, но прежде всего доминированием самоидентификации и диссоциативной симптоматики. Данные расстройства сохраняли свое влияние на протяжении всего времени катамнестического наблюдения, однако подчинялись общим закономерностям уменьшения интенсивности психопатологических синдромов после завершения юношеского возраста. В структуре аффективных расстройств преобладали затяжные депрессивные состояния с деперсонализационной симптоматикой, наличием аттенуированных психотических симптомов и диссоциативных расстройств, которые существовали в совокупности с тревожными, обсессивно-фобическими и компульсивными коморбидными расстройствами. Наблюдаемые в психопатологической структуре дисморфофобические состояния после завершения юношеского возраста становились менее отчетливыми, обнаруживалось постепенное их замещение ипохондрическими расстройствами с формированием ипохондрического развития личности.

В процессе проведенного исследования было установлено, что у большинства больных отмечалось аутоагрессивное поведение (116 пациентов — 81%), представленное как несуицидальными самоповреждениями (НССП), существующими без суицидальной готовности, так и НССП, включенные в суицидальную активность и сочетающиеся с суицидальными попытками, а также имели место суицидальные попытки без предшествующих НССП. Для

клинической группы (61 пациент — 83,6%) были обнаружены следующие закономерности. Отчетливое увеличение встречаемости НССП было выявлено при разновидности ПРЛ I и II типа (68,0% и 88,9% соответственно). НССП в сочетании с суицидальными попытками были характерны для III типа (33,3%). Изолированная суицидальная активность отмечалась в большей степени при III типе (14,8%) и не выявлялась при II типе. В катамнестической группе аутоагрессивная активность была обнаружена у 55 пациентов (78,6%). У пациентов этой группы отмечалось преобладание НССП (49,1%) и НССП в сочетании с СП (36,4%), изолированная суицидальная активность у пациентов катамнестической группы достигала 14,5%, где 3,6% — завершённые суицидальные попытки. Для изучения вариантов аутоагрессивной активности была использована разработанная ранее типология [Крылова Е. С. и др., 2019]. В клинической группе — для I типа ПРЛ были свойственны импульсивные (64%) и демонстративные варианты аутоагрессивного поведения (24%). Для II типа предпочтительным был аддиктивный вариант (44,4%), при этом отмечалась достаточно высокая встречаемость импульсивного и демонстративного вариантов возникновения аутоагрессивных поступков (22,2%, 33,3%). При III типе преобладал деперсонализационный вариант (51,9%) и обнаруживались самоистязающие аутоагрессивные действия (11,1%, $p < 0,05$).

Для катамнестической группы после завершения юношеского возраста аддиктивный вариант НССП был преобладающим для всех типов ПРЛ в структуре аутоагрессивного поведения (56,4%). Полученные результаты отражают возрастную тенденцию к видоизменению возникновения аутоагрессивных расстройств с уменьшением представленности импульсивного, деперсонализационного и демонстративного вариантов. При этом сохранялись типологические различия: при I типе ПРЛ у 46,2% пациентов — импульсивный вариант аутоагрессивной активности, при II типе доминирующим оставался аддиктивный (69,6%), у III типа определялась наиболее полиморфная клиническая картина, представленная аддиктивными (42,1%) и деперсонализационными аутоагрессивными поступками (26,3%) с относительно равномерной представленностью импульсивного и демонстративного аутоагрессивного поведения ($p < 0,05$).

В результате ретроспективного анализа у всех исследованных больных с ПРЛ определено, что факторы, влияющие на формирование патологической личностной структуры, представлены сложным комплексом, включающим в себя, с одной стороны, наследственную предрасположенность, с другой —

наличие патологических характеристик в виде поведенческих, аффективных, невротических патологических синдромов, возникающих уже в раннем детском возрасте, которые в совокупности с пре и постнатальными характеристиками имели свои специфические для ПРЛ особенности.

В настоящем исследовании были изучены факторы предрасполагающие к формированию структуры ПРЛ в зависимости от выделенных типов. У пациентов I типа на протяжении детского и подросткового периода были наиболее характерны явления аффективной нестабильности (95,7%) и синдрома СДВГ (65,2%) и сопутствующие поведенческие расстройства (67,4%). Симптомы СДВГ были преобладающими (90,7%) при II типе ПРЛ, что в сочетании с психотравмирующими ситуациями (83,7%) становилось определяющим в возникновении выраженных поведенческих расстройств у пациентов данной разновидности (95,3%). У пациентов III типа в меньшей степени наблюдались явления аффективной нестабильности (42,6%) и симптомы СДВГ (35,2%), но в большей степени отмечалось влияние психотравмирующих ситуаций (88,9%) с преобладанием тревожных расстройств (59,3%).

В соответствии с критериями исходов динамики психопатологических расстройств, разработанных В. Г. Каледой (1998, 2008), при оценке больных на момент катамнестического обследования (длительность наблюдения не менее 10 лет) было выделено 4 варианта исхода ПРЛ. «Благоприятный исход» (5,71% — 4 человека) (81–90 баллов PSP) у пациентов характеризовался высоким уровнем социальной адаптации, отражающей установление гармоничных семейных и рабочих отношений. Для «относительно благоприятного исхода» ПРЛ (21,43% — 15 человек) (71–80 баллов PSP) было свойственно наличие психопатологических расстройств, интенсивность которых увеличивалась на фоне психотравмирующих ситуаций и динамики коморбидных расстройств. Для «относительно неблагоприятного» (51–70 баллов PSP — 41 человек) и «неблагоприятного» варианта динамики ПРЛ (1–50 баллов PSP — 10 человек) обнаруживалась интенсивная психопатологическая картина с высокой частотой присоединения сопутствующих расстройств, большей уязвимостью к возникновению декомпенсаций, которые значительно влияли на социально-трудовую адаптацию и семейный статус.

При нозологической оценке на момент катамнеза диагностическим критериям ПРЛ соответствовало 80% пациентов, к которым относились все пациенты I типа, 70,37% пациентов II типа и 75% пациентов III типа. В динамике разновидности ПРЛ с явлениями «аффективного шторма» (I тип) была

свойственна коморбидность с биполярными аффективными расстройствами с тенденцией двух вариантов дальнейшей траектории: с постепенной редукцией аффективных расстройств и доминированием личностных реакций (63,2%) или с формированием БАР и стабилизацией патологических личностных проявлений (36,8%). II и III разновидности ПРЛ отличалась значительным расширением диагностических категорий. С БАР: II тип — 7,4%, III тип — 16,67%; — с наличием нозологических траекторий к диагнозам эндогенно-процессуального спектра: шизофрении — II тип — 11,11%, III тип — 4,2% и шизотипического расстройства II тип — 18,5%, III тип — 20,8% ($p < 0,05$).

На основании проведенного нейропсихологического обследования был сделан вывод о наличии особенностей нейрокognитивного функционирования у пациентов с ПРЛ. Было выявлено, что у пациентов I типа отмечается дисфункция вентромедиального отдела головного мозга, что связано с трудностями в торможении эмоциональных переживаний, влияющих на когнитивные функции. У пациентов II типа наблюдается умеренное снижение функций планирования и некоторое влияние эмоциональных процессов на когнитивное функционирование. Пациенты III типа демонстрируют снижение функций планирования и регуляции, когнитивной гибкости и способности к обучению, что говорит о дисфункции префронтальных отделов головного мозга.

В рамках проведенного ЭЭГ исследования основные различия были выявлены при I и III типе ПРЛ. При I типе были обнаружены высокие значения абсолютной спектральной мощности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях, что отражает повышенную активацию диэнцефальных структур ствола мозга, принимающих участие в регуляции эмоционального состояния и энергетического обеспечения когнитивных процессов. При III типе — определенное «функциональное разобщение» передних отделов правого и левого полушарий в виде отсутствия «высококогерентных» межполушарных связей между центральными областями коры при меньшей когерентности ЭЭГ в альфа-диапазоне в лобно-центрально-височных областях левого полушария. Полученные данные согласуются с результатами нейропсихологического исследования о более низком когнитивном функционировании пациентов III типа.

В процессе проведенного исследования были разработаны подходы к комплексной терапии и разработке индивидуальной тактики лечения для каждой разновидности ПРЛ в юности. Наиболее эффективным методом лечения и коррекции психопатологических расстройств при ПРЛ было сочетание

психотерапевтических стратегий при наличии адекватной фармакологической поддержки. Используя традиционный подход к лечению психопатологических расстройств юношеского возраста, было выделено три этапа лечения: купирующий, стабилизирующий и поддерживающий. Задачей купирующего этапа была редукция поведенческих расстройств, самоповреждающего поведения и антивитальной активности, уменьшение субпсихотических феноменов в случае их наличия. Препаратами выбора являлись атипичные антипсихотические препараты. В случае коморбидности с аффективными расстройствами осуществлялся подбор первичной антидепрессивной терапии и назначение стабилизаторов настроения. В отдельных случаях в схему терапии включались транквилизаторы бензодиазепинового ряда, однако их назначение требовало индивидуального подхода и осторожности в связи с нежелательными явлениями для пациентов с ПРЛ в виде риска появления полизависимостей и побочных эффектов. На стабилизирующем этапе терапии проводилась корректировка дозировок ПФТ с последующим присоединением психотерапевтических методик, направленных на регуляцию эмоциональной сферы и коррекцию психопатологических расстройств. Данный этап терапии у пациентов с ПРЛ начинался в период стационарного лечения и продолжался до года после выписки из клиники с постепенным сокращением психофармакотерапии под амбулаторным наблюдением врача психиатра. На поддерживающем этапе терапии применялись преимущественно психотерапевтические методики, направленные на предотвращение рецидива и уменьшение риска возникновения повторных декомпенсаций. Наиболее часто используемыми и имеющими доказательную базу подходами для работы с ПРЛ в юности являются схема-терапия; психотерапия, основанная на ментализации; психотерапия, сфокусированная на переносе, и диалектико-поведенческая психотерапия. Результативность терапии зафиксирована у всех пациентов ПРЛ юношеского возраста. Отмечалось уменьшение импульсивности по шкале Баррата, улучшение фона настроения по шкале Гамильтона HDRS, редукция тревоги по шкале HARS, снижение уровня алекситимии по шкале TAS.

В результате проведенного исследования было установлено, что ПРЛ в юношеском возрасте отличается выраженным полиморфизмом и гетерогенностью клинических проявлений, высокой представленностью аутоагрессивного поведения. Подтверждена высокая сопряженность НССП с суицидальной активностью и выявлен высокий суицидальный риск для ПРЛ не только в юношеском возрасте, но и по его минованию. По завершении

юношеского возраста были определены две основные траектории: относительно благоприятная со значительной редукцией психопатологических расстройств и формированием стойких патохарактерологических черт, но с высоким уровнем социального функционирования; менее благоприятная — с формированием стойких аддикций или эндогенизации имеющихся расстройств с низким уровнем социального функционирования. Таким образом, выделенные типологические разновидности ПРЛ являются надежными критериями определения прогноза возможности и качества компенсации состояния у больных РЛ в зрелом возрасте и могут служить основой для дальнейшей разработки терапевтических и социо-реабилитационных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования пограничного расстройства личности в юношеском возрасте позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Психопатологические состояния, возникающие в структуре пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юности, характеризуются полиморфизмом клинической картины с неравномерной представленностью основных синдромов в виде импульсивности, аффективной нестабильности, диссоциативных состояний и когнитивно-перцептивных симптомокомплексов с поведенческими нарушениями и расторможенностью влечений, гетеро- и аутоагрессивным поведением, включающим в себя несуицидальные самоповреждения и суицидальные попытки (НССП и СП), воздействием нейробиологических и психосоциальных факторов при облигатном участии возрастных особенностей, специфических конституционально-личностных характеристик и влиянием прекурсов детского периода.

2. Учитывая обнаруженную психопатологическую гетерогенность проявлений ПРЛ в юности, было выделено три типологических разновидности: с явлениями «аффективного шторма» (I тип); с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» (II тип); с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации (III тип).

2.1. Для I типа было характерно преобладание полиморфной картины аффективных расстройств с доминированием в их структуре явлений аффективной нестабильности и нарушений контроля над импульсами. Структура депрессивных состояний была представлена тревожно-дисфорическим аффектом близким к *unlust*, а также явлениями негативной аффективности с ощущением

эмоциональной «опустошенности». Гипоманиакальные и смешанные фазы были неоднородны, отмечалась многократная смена аффективной составляющей, что в совокупности с реакциями личностного контекста обуславливало возникновение на высоте состояния выраженных вспышек неконтролируемого гнева с поведенческими расстройствами и самоповреждающим поведением.

2.2. Во II типе одну из ключевых позиций занимали полиаддикции, возникающие на фоне нестабильного аффекта с явлениями гневливой абстиненции и нарушениями самоидентификации. Постоянное аффективное напряжение придавало аддикциям сверхценную направленность, которое клинически проявлялось в патологическом стремлении к риску, приводило к актуализации поведенческих расстройств с ауто- и гетероагрессивным поведением и нарастанием социально-трудоустройственной дезадаптации.

2.3. При III типе в психопатологической структуре доминировали когнитивные искажения и нарушения самоидентификации, сопровождающиеся формированием диссоциативных, когнитивно-перцептивных, обсессивно-компульсивных расстройств и возникновением транзиторных и аттенуированных психотических состояний. Преобладание когнитивных искажений и нарушений самоидентификации обуславливало «сплиттинг» эмоциональной сферы, сочетающей в себе, с одной стороны, явления болезненной бесчувственности и алекситимии, с другой — эмоциональную гиперчувствительность (сенситивность), что значительно ухудшало способность пациентов данной разновидности к гармоничному социальному и межличностному функционированию.

3. После завершения юношеского возраста в динамике ПРЛ отмечалась общая тенденция к постепенному уменьшению интенсивности основных психопатологических синдромов в виде импульсивности, аффективной нестабильности и в меньшей степени снижением выраженности нарушений самоидентификации, сопровождающиеся ослаблением поведенческих расстройств с постепенной редукцией аутоагрессивного поведения. В результате проведенного катамнестического исследования были обнаружены следующие закономерности для выделенных типологических разновидностей.

3.1. В динамике I типа интенсивность психопатологических расстройств в зрелом возрасте определялась влиянием коморбидной аффективной патологии с тенденцией к двум вариантам дальнейшей траектории: постепенной редукцией аффективных расстройств и доминированием личностных реакций (63,16%); в сторону эндогенизации с формированием БАР и относительной стабилизацией

патологических личностных проявлений (36,84% наблюдений), отмечалось отсутствие признаков эндогенных процессуальных расстройств шизофренического спектра. При интегративной оценке на момент катамнеза характерны наиболее благоприятные показатели социально-трудового прогноза: «благоприятный» исход — 10,53% случаев (81–90 баллов по шкале PSP) и «относительно благоприятный» исход — 47,37% случаев (71–80 баллов по шкале PSP).

3.2. После завершения юношеского возраста для части пациентов II типа была характерна тенденция к уменьшению интенсивности основных психопатологических синдромов с некоторым снижением импульсивности, нарушений самоидентификации и сокращением аддиктивного поведения, что обуславливало для этих пациентов «благоприятный» исход — 18,51% случаев (71–90 баллов по шкале PSP). Для другой группы пациентов с данной разновидностью ПРЛ психопатологические синдромы и коморбидные расстройства продолжали отчетливо амальгамировать с аддиктивными поведенческими паттернами, что значительно ухудшало социально-трудовой прогноз и обуславливало преобладание «относительно неблагоприятного» (51–70 баллов по шкале PSP) — 31,58% и «неблагоприятного» исхода — 10,53% (1–50 баллов по шкале PSP).

3.3. При III типе после завершения юношеского возраста сохранялся клинический полиморфизм с преобладанием нарушений самоидентификации и когнитивных искажений, что при интегративной оценке обуславливало преобладание «относительно неблагоприятного» (59,26%) и «неблагоприятного» исхода (22,22%). Только у незначительной части пациентов отмечалось уменьшение интенсивности психопатологических синдромов с формированием «относительно благоприятного» исхода (12,5%).

3.4. На момент катамнестического исследования диагностическим критериям ПРЛ соответствовало 80% пациентов. Были выявлены следующие типологические особенности: критериям ПРЛ отвечали все пациенты I типа, 70,37% пациентов II типа и 75% III типа. У пациентов I типа в 36,84% случаев обнаруживалась коморбидность с биполярными аффективными расстройствами, где аффективные расстройства определяли клиническую картину. II и III разновидности ПРЛ отличались значительным расширением диагностических категорий, с присоединением БАР (II тип — 7,41%, III тип — 16,67%). Для II и III типа обнаруживалась нозологическая траектория к диагнозам

шизофренического спектра (приступообразная шизофрения: II тип — 11,11%, III тип — 4,17%; шизотипическое расстройство: II тип — 18,52%, III тип — 20,83%).

4. В результате проведенного исследования были установлены механизмы возникновения аутоагрессивного поведения. В юношеском возрасте преобладал импульсивный (39,3%), деперсонализационный (27,9%), демонстративный (18,0%), аддиктивный (9,8%) механизм самоповреждающего поведения. При этом в зрелом возрасте преобладающим преобладал аддиктивный механизм (56,4%), что указывает на возрастную трансформацию аутоагрессивных расстройств. Доминирующей разновидностью антивитальной активности в юношеском возрасте были НССП (63,9%), НССП в сочетании с СП (26,2%), СП (9,8%), в катamnестической группе отмечалось увеличение НССП в сочетании с СП (36,4%) и СП (14,5%) при относительном уменьшении изолированных НССП (49,5%). Особенно возросла суицидальная активность при II типе в сочетании с НССП (52,2%) и изолированно (17,4%) по сравнению с клинической группой и другими разновидностями ПРЛ в катamnезе. Полученные результаты позволяют сделать вывод о роли аддиктивных расстройств как важного предиктора суицидальной активности во взрослом возрасте.

5. Были обнаружены нейрофизиологические и нейропсихологические особенности функциональной организации деятельности головного мозга в зависимости от выделенных разновидностей ПРЛ, которые обуславливали нарушения регуляции эмоций, контроля поведения и когнитивных функций.

6. Разработаны терапевтические подходы к лечению ПРЛ в юношеском возрасте, включающие в себя многокомпонентную фармакотерапию и различные стратегии оказания психотерапевтической помощи, значимые для дальнейшей динамики расстройства, способствующие уменьшению / стабилизации / сглаживанию патологических личностных характеристик и формированию комплаентности.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.

Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте оказывает неблагоприятное воздействие на качество жизни пациентов, обладает высокой частотой возникновения декомпенсаций с формированием поведенческих расстройств и аутоагрессивного поведения.

Пограничное расстройство личности утяжеляет течение коморбидных расстройств аффективного спектра, затрудняет дифференциальную диагностику. Согласно результатам проведенного исследования, следует подчеркнуть,

необходимость проведения дифференциальной диагностики ПРЛ с расстройствами аффективного спектра, где для ПРЛ характерна дисгармоничная аффективная триада с акцентом на тимический компонент, реактивный механизм возникновения, обнаружение нарушений самоидентификации, поведенческих расстройств, ауто- и гетероагрессивных тенденций вне аффективной фазы и после ее завершения.

Наиболее часто следует проводить дифференциальную диагностику с расстройствами аффективного спектра для пациентов с I разновидностью ПРЛ (с явлениями «аффективного шторма») в связи с преобладанием высокоамплитудных аффективных колебаний. С другой стороны, полиморфизм клинической картины у части пациентов ПРЛ III и II типа, наличие когнитивных искажений и кратковременных психотических расстройств, требует проведения дифференциальной диагностики с расстройствами шизофренического спектра, в частности с шизотипическим расстройством. Для ПРЛ характерен ситуационно обусловленный механизм возникновения с наличием экзогенных и реактивных триггеров при возникновении декомпенсаций. Отмечается сохранность категориальных и ассоциативных функций мышления, сегментарность расстройств самоидентификации, представленная нарушением приспособительных характеристик. Психотические расстройства при ПРЛ отличаются кратковременностью и всегда взаимосвязаны с экзогенной или реактивной провокацией, представлены в основном элементарными обманами восприятия и идеями отношения, не достигающие бредового регистра.

При прогностической и нозологической оценке следует учитывать преобладающие психопатологические феномены в структуре ПРЛ, особенности их дальнейшей динамики, с учетом выделенных в настоящем исследовании типологических разновидностей.

Основные подходы к терапии пациентов с ПРЛ, основанные на психофармакологическом вмешательстве на этапе купирующей терапии, психотерапевтическом — на стабилизирующем и поддерживающем этапе, позволяют оптимизировать оказываемую им специализированную помощь.

Результаты проведенного исследования можно использовать при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а также медицинских психологов, нейропсихологов, специалистов по функциональной диагностике, работающих на базе психиатрических клиник и диспансеров.

Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-исследовательских работ в клинической психиатрии.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

Статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК

1. Кулешов, А. А. Динамика расстройства личности с коморбидным биполярным аффективным расстройством в юношеском возрасте / Е. С. Крылова, А. А. Кулешов, А. А. Бебуришвили // Психическое здоровье. — 2019. — № 12. — С. 73–81.
2. Кулешов, А. А. Особенности суицидального поведения при психических расстройствах юношеского возраста / В. Г. Каледа, А. А. Бебуришвили, Е. С. Крылова, А. А. Кулешов // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2020. — Т. 120. — № 12. — С. 30–36.
3. Кулешов, А. А. Особенности аутоагрессивного поведения при пограничном и нарциссическом расстройстве личности в юношеском возрасте / Е. С. Крылова, А. А. Кулешов, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // Психическое здоровье. — 2020. — № 12. — С. 37–47.
4. Кулешов, А. А. Несуицидальные самоповреждения при динамике расстройства личности в юношеском возрасте в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19) в 2020–2021 годы / Е. С. Крылова, А. А. Кулешов, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // Психиатрия. — 2021. — Т. 19. — № 4. — С. 7–14.
5. Кулешов, А. А. Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте / А. А. Кулешов // Психиатрия. — 2022. — Т. 20. — № 2. — С. 32–41.
6. Кулешов, А. А. Прекурсоры патологической динамики пограничного расстройства личности в юности / А. А. Кулешов, Е. С. Крылова, В. Г. Каледа // Психическое здоровье. — 2022. — Т. 17. — № 12. — С. 11–19.
7. Кулешов, А. А. Динамика аутоагрессивного поведения в юности в траектории пограничного расстройства личности / А. А. Кулешов, Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 2022. — Т. 56. — № 4. — С. 77–84.
8. Кулешов, А. А. Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте: особенности психопатологии и закономерности течения / В. Г. Каледа, А. А. Кулешов, Е. С. Крылова // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2023. — Т. 57. — № 4. — С. 46–52.

Статьи в других периодических изданиях, тезисы, представленные на конференциях:

1. Кулешов, А. А. Несуицидальные самоповреждения при пограничном расстройстве личности в юношеском возрасте. В сборнике: Эндогенные психические расстройства. Материалы Всероссийской конференции молодых ученых посвященной памяти академика АМН СССР А. В. Снежневского / А. А. Кулешов, Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили.— 2020. — С. 108–113.
2. Kuleshov, A. A. Gambling Disorder (GD) in youth with Borderline Personality Disorder: understanding comorbidity / V. G. Kaleda, E. S. Krylova, A. A. Kuleshov, A. A. Beburishvili // *European Psychiatry*. — 2021. — Vol. 64. — No S1. — P. 750–751.
3. Kuleshov, A. A. Clinical evaluation of Major Depressive Disorder (MDD) and Borderline Personality Disorder (BPD) in youth adolescents / V. G. Kaleda, E. S. Krylova, A. A. Kuleshov, A. A. Beburishvili // *European Psychiatry*. — 2022. — Vol. 65. — No S1. — P. 398–399.
4. Kuleshov, A. A. EEG Features in Adolescent Patients with Borderline and Narcissistic Personality Disorder / A. F. Iznak, E. V. Iznak, E. S. Krylova, A. A. Kuleshov, V. G. Kaleda // *European Psychiatry*. — 2022. — Vol. 65. — No S1. — P. 373.
5. Kuleshov, A. A. EEG Features in Adolescent Patients with Borderline and Narcissistic Personality Disorder / A. F. Iznak, E. V. Iznak, E. S. Krylova, A. A. Kuleshov, V. G. Kaleda // *ASNA*. — 2022. — Vol. 5. — No S1. — P. 30–37.
6. Кулешов, А. А. Поведенческие (нехимические) аддикции при расстройстве личности в юношеском возрасте. Тезисы на XVII съезд психиатров России / Е. С. Крылова, А. А. Кулешов. — 2021. — С. 63–66.
7. Кулешов, А. А. Траектория пограничного расстройства личности после завершения юношеского возраста / А. А. Кулешов // *Психиатрия*. — 2022. — Т. 20. — № 3(2). — С.127–129.
8. Кулешов, А. А. Особенности ЭЭГ у больных молодого возраста при различных типах пограничного расстройства личности / Е. В. Изнак, А. А. Кулешов // *Психиатрия*. — 2022. — Т. 20. — № 3(2). — С.103–105.
9. Кулешов, А. А. Особенности поведенческих аддикций в динамике пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. Тезисы на XV Всероссийскую школу молодых психиатров «Суздаль-2021»/ А. А. Кулешов. — 2021. — С. 201–204.