

Бабаназарова К.Ш.,

студент

2 курс, факультет «Юриспруденция»

Юго-западный государственный университет

Россия, г. Курск

Казакова А.А.,

студент

2 курс, факультет «Юриспруденция»

Юго-западный государственный университет

Россия, г. Курск

Научный руководитель: Воротникова А.С.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

***Аннотация:** в статье рассматриваются проблемы диагностики пограничного расстройства личности в контексте перспективы развития и совершенствования методов выявления психического заболевания и развития отечественной судебной психиатрии. Авторы обращают внимание на проблемные аспекты указанной области и предлагают пути их решения.*

***Ключевые слова:** пограничное расстройство личности, оценочные клинические шкалы, межличностные отношения, диагностика, психодиагностический опросник, проблемы.*

***Annotation:** the article deals with the problems of diagnosis of borderline personality disorder in the context of the prospects for the development and improvement of methods for detecting mental illness and the development of domestic forensic psychiatry. The authors draw attention to the problematic aspects of this area and suggest ways to solve them.*

***Key words:** borderline personality disorder, evaluation clinical scales, interpersonal relationships, diagnostics, psychodiagnostic questionnaire, problems.*

В современной России, в ситуации сложных социокультурных условий, экономических и политических противоречий, неуравновешенности социальных процессов, криминогенности общества, приобретает особую остроту проблема пограничного расстройства личности.

В настоящее время пограничное расстройство личности (далее по тексту – ПРЛ) относят к наиболее распространенным вариантам личностных расстройств. Значение правильного и своевременного распознавания пограничного расстройства личности обусловлено связанным с расстройством высоким суицидальным риском, а также значительными объемами социальных трат на лечение и реабилитацию данной категории пациентов [1, с. 853].

Термин «пограничное расстройство личности» был введен А. Штермом в 1930 году. Людями с ПРЛ признавались те, чье психическое развитие было сильнее нарушено, чем у невротиков, но менее, чем у психотиков, и те, кому классический психоанализ не помогал. Постепенно интерес к исследованию ПРЛ возрастал. Так, в 40–50-х гг. XX века психоаналитики массово начали отмечать, что некоторые клиенты, изначально казавшиеся невротиками, оказывались менее здоровыми, чем оные, а казавшиеся больными шизофренией и депрессией подозрительно быстро выздоравливали. Психоаналитик Х. Дойч в 1942 году описала пациентов с постоянным ощущением внутренней пустоты. Описываемые не доверяли миру и пытались от него защититься. Для них были характерны непредсказуемое поведение, несовпадение их ожиданий относительно реакций внешнего мира на их поступки [2, с. 378].

В Международной классификации болезней (далее по тексту - МКБ-10) ПРЛ считается подвидом эмоционально неустойчивого расстройства

личности, отличается нарушением самовосприятия, своих желаний, целей, постоянным ощущением пустоты, проблемами в межличностных взаимоотношениях, стремлением к саморазрушению, включая попытки суицида [3, с. 163].

Отечественные психиатры обладают недостаточной информацией о данном психическом заболевании и испытывают значительные затруднения в распознавании данного расстройства.

Постановка диагноза в психиатрической практике в большей мере опирается на практический опыт врача, который диагностирует отклонения, исходя из набора и выраженности клинических признаков. Исследование пограничных расстройства пациентов с врачом обычно является субъективным, носит качественный характер и требует, как правило, высокой квалификации и огромного опыта самого врача. На общее состояние врача могут оказывать влияние утомление, отсутствие интереса, внешние факторы и субъективные ошибки, свойственные людям (человеческий фактор) [4, с. 72].

Типичной является ситуация, при которой в случае ассоциации ПРЛ с другими психопатологическими феноменами врач фокусируется на патологии «первой оси», не распознавая подлежащей аномальной личностной структуры. Диагностический поиск при этом подвергается редукции, а психические нарушения пациента рассматриваются вне контекста личностной патологии.

В качестве специфических поведенческих характеристик пациентов с ПРЛ, способствующих правильному распознаванию расстройства, выступают типичные для этих пациентов нарушения коммуникативной адаптации, проявляющиеся в коротких циклах интенсивных отношений с начальной идеализацией и последующим обесцениванием партнера, приводящего к разрыву или выраженным нарушениям семейно-сексуальной адаптации.

Наиболее часто описание ПРЛ ошибочно трактуется врачами как проявление циркулярных аффективных расстройств, истерического и диссоциального расстройства личности. Основной причиной

диагностических ошибок врачей следует считать недостаточную осведомленность психиатров о клинических проявлениях психопатического паттерна ПРЛ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что уровень подготовки врачей-психиатров в настоящее время не обеспечивает раннего и точного распознавания ПРЛ. Очевидна необходимость создания дополнительных образовательных программ для психиатров, посвященных вопросам диагностики и клинической дифференциации психопатий. Необходима работа по адаптации зарубежных и созданию отечественных стандартизированных шкал диагностики расстройств личности.

Также разработан ряд оценочных клинических шкал, позволяющих производить распознавание ПРЛ.

1) Рекомендуемые к использованию критерии диагностики ПРЛ включают в себя собственно психопатологические феномены: аффективная нестабильность; квазипсихотические эпизоды; неадекватный гнев; поведенческие нарушения; превышение скорости вождения автомобиля; кутежи; транжирство и др., а также психологические признаки: хроническое чувство опустошенности; неистовые попытки избежать отвержения; колебания самооценки; паттерн нестабильных и интенсивных межличностных отношений.

Практическое использование данных критериев диагностики врачом-психиатром представляет значительные трудности, что обусловлено необходимостью дополнительно владеть психологическими приемами исследования самооценки и паттернов межличностных отношений. Кроме того, такие феноменологические проявления, как квазипсихотические эпизоды, не выявляются во время диагностического интервью. Многие диагностические критерии из рекомендованных требуют длительного наблюдения за больным, что препятствует быстрой постановке диагноза ПРЛ.

2) Известна и широко используется за рубежом рейтинговая шкала для оценки ПРЛ 45 DIV-R. Указанная шкала использует 22 признака, которые

сгруппированы в 4 кластера: аффективная сфера, когнитивная сфера, сфера импульсивных паттернов и сфера межличностных отношений. Преимуществом данной шкалы выступает использование в основном клинических дефиниций, имеющих отношение к жалобам пациента, что позволяет врачу более эффективно использовать данный инструмент для диагностики. Однако, как указывалось выше, такие признаки, как паранойяльная идеация и квазипсихотические переживания, не могут быть выявлены на первых этапах диагностики. Кроме того, для выявления паттерна мазохизма и терапевтической регрессии необходимо длительное время. Термин терапевтическая регрессия носит узкоспециальный психотерапевтический характер, а сам феномен распознается только в процессе психотерапии, что делает невозможным использование признака в рамках обычной психиатрической диагностики [5].

3) В качестве инструмента диагностики ПРЛ также предложена шкала, учитывающая поведенческие паттерны при ПРЛ, сопровождающиеся множественными попытками членовредительства или суицида. Включает 6 паттернов: эмоциональная уязвимость, самоинвалидация, продолжающийся кризис, подавленные переживания, активная пассивность, воспринимаемая компетентность. Критерии малопригодны для осуществления психиатрической диагностики ПРЛ.

4) Количество отечественных научных исследований, посвященных вопросам диагностики расстройств личности, крайне мало. В качестве примера, иллюстрирующего используемые в отечественной психиатрии научно-методические подходы к диагностике психопатий, можно назвать работу И.Ф. Обросова. Для диагностики расстройств личности автором используются три диагностических блока. Первый диагностический блок включает в себя аномальные психодинамические свойства, второй - аномальность системы отношений, третий отражает уровень способности к психологической и социальной адаптации. Каких-либо специальных шкал для

диагностики отдельных клинических вариантов расстройств личности не предлагается [6, С. 368].

Недостатком всех указанных выше способов диагностики ПРЛ является их громоздкость, сложность и разноплановость используемых диагностических критериев, значительные затраты времени на диагностику расстройства.

5) Известен способ диагностики ПРЛ (Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичников С.В. Способ диагностики ПРЛ, патент РФ No2394486, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 20.07.2010) [7], представляющий собой наиболее близкий аналог предлагаемого изобретения. Указанный способ представляет собой психодиагностический опросник и относится к инструментам психологической диагностики. Диагностика осуществляется посредством применения теста, заполняемого самим испытуемым. Испытуемый заполняет тест, отмечает каждое совпадение ответа, подсчитывает количество таких совпадений. Затем подсчитывают количество баллов, пришедшихся на каждую шкалу, и их сумму. Если полученная сумма баллов у испытуемого в возрасте 18-27 лет равна или превышает 22, у испытуемого в возрасте 28-37 лет равна или превышает 18, у испытуемого в возрасте 38-47 лет равна или превышает 19, у испытуемого в возрасте 48 и более лет равна или превышает 17, то делают вывод о наличии у него ПЛР. Способ позволяет выявить ПЛР на ранних стадиях и своевременно провести профилактику самоповреждающего и суицидального поведения [8, С. 144].

Указанный выше способ имеет недостатки. Предлагаемый тест основан на использовании диагностических критериев классификатора DSM-III-R, который в настоящее время признан устаревшим и подвергнут пересмотру. Кроме того, предложенный способ допускает участие самого испытуемого в оценке психологических особенностей и параметров поведения. При этом известно, что пациенты с пограничным расстройством личности лживы,

поэтому данные, полученные таким способом, будут недостоверны. Также тест достаточно громоздкий и предполагает участие в установлении диагноза ПРЛ не только врача-психиатра, но и психолога.

Подводя итог проведенному исследованию, следует отметить, что в последние годы все больший интерес у российских психиатров вызывает относительно новая для отечественной психиатрии диагностическая категория - ПРЛ. На Западе существование ПРЛ давно уже является общепризнанным фактом, данному расстройству там посвящено огромное количество исследований и публикаций. В России же основной массе практикующих психиатров данный диагноз стал известен только с введением в действие в нашей стране МКБ-10. Правда, в рамках последней ПРЛ рассматривается даже не как самостоятельное личностное расстройство, а лишь как вариант более широкого понятия – эмоционально-неустойчивого расстройства личности. На практике врачи-психиатры испытывают значительные трудности при распознавании ПРЛ и дифференциации его от других видов личностных аномалий.

В ходе исследования были выявлены следующие проблемы диагностики ПРЛ. Во-первых, ошибочное трактовка врачами ПРЛ как проявление циркулярных аффективных расстройств, истерического и диссоциального расстройства личности. Пути решения состоят в внедрении дополнительных образовательных программ для психиатров, адаптации зарубежных и создании отечественных стандартизированных шкал диагностики расстройств личности.

Во-вторых, врач фокусируется на патологии «первой оси». Для решения этой проблемы необходимо убедиться в правильности диагноза, использовать несколько методов выявления расстройства, подтверждающих точку зрения специалиста и обращать внимание на критерии диагностики ПРЛ.

В-третьих, квазипсихотические эпизоды не выявляются во время диагностического интервью, а паранойяльная идеация не может быть

обнаружена на первых этапах диагностики. Важно разработать новые шкалы, способствующие выявлению ПРЛ на ранних стадиях, изучить зарубежный опыт.

В-четвертых, психодиагностический опросник не даёт во всех случаях достоверную информацию, потому что пациенты с ПРЛ склонны ко лжи. Пути решения: при диагностики расстройства опираться на другие оценочные клинические шкалы или использовать несколько методов выявления ПРЛ для подтверждения психического заболевания.

Использованные источники:

1. Романов, Д.В. Проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – С. 853-856.
2. Нани, К.И. Понятие пограничного расстройства личности и предпосылки его возникновения в теории психоанализа. Диагностика ПРЛ // Студенческая наука и XXI век. – 2020. – С. 378-380.
3. Мамедова, Л.В. Пограничное расстройство личности, критерии и методы его диагностики // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2019. – С. 163-169.
4. Тычков, А.Ю., Агейкин, А.В., Алимуратов, А.К. [и др.] Современные представления о специфике и проблемах диагностики пограничных психических расстройств // Психическое здоровье. – 2017. – С. 69-75.
5. Романов, Д.В. Патент № 2564752 С1 Российская Федерация, МПК А61В 5/00. Способ диагностики пограничного расстройства личности: № 2014136113/14: заявл. 05.09.2014: опубл. 10.10.2015: [Электронный ресурс] URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_37438589_93672921.pdf
6. Шайкова М.В., Левченко А.И. Производство комплексных психолого-психиатрических экспертиз по уголовным делам с участием несовершеннолетних // В сборнике: Эволюция государства и права: проблемы

и перспективы. Сборник научных трудов 3-й Международной научной конференции с включением материалов XI-ого круглого стола «Ценности и нормы правовой культуры в России». Курск, 2021. – С. 368-370.

7. Ласковская Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичников С.В. // Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства: достоинства и недостатки // Статья: [Электронный ресурс]

URL: https://mos.ngmu.ru/article/text_full.php?id=988

8. Шайкова М.В. Жертвы школьного буллинга: предупреждение и профилактика // В книге: Защита жертв преступлений в современном обществе. Материалы V Международной научно-практической интернет-конференции. Челябинск, 2022. – С. 143-148.