
**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ**
**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL
PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ: ЧТО ЭФФЕКТИВНЕЕ?

Предлагаемый материал показывает современный уровень знания об эффективности разных методик лечения пограничного расстройства личности (ПРЛ). В настоящий дайджест мы включили три недавно опубликованных обзора, подготовленные американскими, австралийскими и британскими исследователями. Первый — всесторонний обзор достижений в лечении ПРЛ у взрослых с описанием методов лечения и их сравнительной эффективности на основании доказательных научных данных. Второй обзор посвящен изучению экономической эффективности разных вариантов терапии при ПРЛ. Третий — рассматривает действующие клинические рекомендации Национального института здоровья и клинического мастерства в сравнении с данными научных исследований. Материал выставлен по дате публикации.

Пограничное расстройство личности

На фоне других личностных расстройств кластер симптомов под названием «пограничное расстройство личности», или «пограничное лич-

Для цитаты:

Психотерапия пограничного расстройства личности: что эффективнее? // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 180—187. doi: 10.17759/cpp.2017250412

ностное расстройство», выделяется тем, что он продемонстрировал заметную способность к положительным изменениям в ходе терапии.

Согласно научным данным, в той или иной степени этим расстройством страдают от 2% до 10% населения. Пограничное расстройство личности характеризуется выраженной изменчивостью настроения, неустойчивостью взаимоотношений с другими людьми, образа себя и непоследовательностью в поведении. Данное состояние впервые было выделено и описано Адольфом Стерном (Adolf Stern) в США в 1938 году. Он отметил, что эта группа пациентов не вписывается ни в психотическую, ни в психоневротическую категории, и потому появился термин «пограничные».

Диагноз ПРЛ часто сочетается с другими расстройствами, в частности, с депрессией и тревогой, нарушениями пищевого поведения (особенно с булимией), посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), злоупотреблением алкоголем и наркотиками и биполярным расстройством. Примерно в 80% случаев ПРЛ в анамнезе есть детская психологическая травма. Кроме того, бывают случаи сочетания ПРЛ с психотическими расстройствами. В связи с высокой коморбидностью «чистые» случаи ПРЛ встречаются довольно редко.

Первоочередным лечением при ПРЛ является психотерапия. Фармакологическое лечение проводится в соответствии с присутствующим кластером симптомов. Это могут быть импульсивность, аффективная неустойчивость, преходящие психотические симптомы, обусловленные стрессом, суицидальное поведение и нанесение самоповреждений.

Что помогает в лечении пограничного расстройства личности

Американские исследователи опубликовали обзор достижений в области лечения ПРЛ у взрослых за последние пять лет. Среди наиболее значимых научных данных отмечаются разграничение более общих и более специализированных моделей помощи при ПРЛ, а также идентификация базовых эффективных элементов диалектической бихевиоральной терапии (ДБТ) и адаптация ДБТ применительно к нуждам пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством и ПРЛ.

Авторы пишут, что со времени публикации 25 лет назад Маршей Линехан (*Marsha Linehan*) первого рандомизированного контролируемого испытания ДБТ появились и прошли проверку более 13 специализированных методик психотерапии для пациентов с ПРЛ. Пять основных — ДБТ, терапия на основе ментализации (ТОМ), схема-терапия (СХТ), терапия, фокусированная на переносе (ТФП), и системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (СТЭПП) — были

признаны доказательными методами лечения ПРЛ. В этот же период не произошло перемен в части фармакологической терапии ПРЛ — на сегодняшний день нет лекарственных препаратов, официально предназначенных для лечения этого расстройства.

В обзоре упоминаются четыре основных волны рандомизированных контролируемых исследований. Первая волна — это период сравнения специализированных психотерапий ПРЛ с обычным лечением. В результате доказательными методами терапии стали ДБТ и ТОМ. Кроме того, краткосрочная групповая терапия СТЭПРП оказалась эффективнее обычного лечения.

Вторая волна исследований стала ответом на критику об очевидном преимуществе терапии, проводимой специалистами, перед обычным лечением. Исследователи сосредоточились на сравнении специализированной психотерапии ПРЛ (например, ДБТ и ТОМ) с лечением, осуществляемым на основе сообщества другими экспертами, интересующимися пациентами с ПРЛ и желающими работать с ними. ДБТ и ТОМ вновь показали более высокие уровни снижения суицидального поведения и самоповреждений, госпитализаций и выпадения из терапии, по сравнению с терапией в сообществе, осуществляемой другими специалистами.

Третья волна исследований оказалась посвящена сравнению между собой специализированных психотерапий, используемых при работе с ПРЛ. В результате была подтверждена эффективность всех трех систематических психотерапий с супервизией (ТОМ, ДБТ и СХТ), с точки зрения облегчения депрессии, тревоги и улучшения функционирования.

В четвертой волне исследований сравнивались специализированные психотерапии с систематическими и информированными общими терапевтическими подходами к управлению ПРЛ. Целью этих исследований было показать особую пользу ядерных ингредиентов специализированных психотерапий вне зависимости от структурированных и высокоорганизованных условий соответствующих служб. Неожиданно эти более общие интервенции оказались эффективными, и таким образом появились методики общего психиатрического управления (*general psychiatric management*) и структурированного клинического управления (*structured clinical management*) для работы с ПРЛ в общей психиатрической популяции.

Общее психиатрическое управление (ОПУ) основывается на модели кейс-менеджмента («управления случаем»), предполагающей координацию услуг в отношении пациентов, получающих помощь от разных служб. Интервенции в рамках ОПУ исходят из здравого смысла и легко усваиваются клиницистами из общей сети помощи. Характерной особенностью кейс-менеджмента является акцент на жизни пациента за пределами терапии. ОПУ отдает приоритет достижению стабильного функционирования в профессии, а не романтическим отношениям;

улучшению социального функционирования, а не облегчению специфических симптомов. Первым шагом в психообразовании является раскрытие сути диагноза и обсуждение симптомов расстройства с пациентами и их близкими, далее следует информация об этиологии расстройства и позитивный прогноз. Это задает рамки дискуссии о лечении — его продолжительности и частоте сессий. Лечение имеет смысл, только если оно помогает пациенту продвинуться по пути достижения сформулированных целей. ОПУ редко предполагает более одной индивидуальной встречи с пациентом в неделю. Лечение по своей сути мультимодально. Оно обеспечивает сопровождение психофармакологических интервенций, предполагает групповую и семейную психотерапию и координацию действий разных служб, обеспечивающих помощь.

Структурированное клиническое управление (СКУ) было разработано в Великобритании. Как и ОПУ, оно отражает «наилучшие общепсихиатрические терапевтические практики», которые могут быть использованы клиницистами общей системы психического здоровья при минимальном дополнительном обучении. Как и ОПУ, СКУ задает рамки для подхода к лечению ПРЛ, которые определяются общими принципами медицинской помощи, что делает лечение понятным и предсказуемым для пациента. Акцент делается на обсуждении с пациентом его диагноза ПРЛ, психообразовании, формировании союза с пациентом на основе факторов контракта (т. е. согласия о целях) и взаимоотношений (т. е. доверия, надежности), стимулировании вовлечения в процесс терапии членов семьи, ограниченности психофармакотерапии, некотором сопровождении коморбидных состояний и отчетливом планировании безопасности.

Авторы особо отмечают, что в последние годы усилился интерес к изучению коморбидностей (злоупотребление алкоголем и наркотиками, расстройства пищевого поведения, ПТСР) и соответствующей адаптации блоков ДБТ к лечению ПТСР.

Оригинал: *Choi-Kain L.W., Finch E.F., Masland S.R., Jenkins J.A., Unruh B.T.* What works in the treatment of borderline personality disorder // *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2017. Vol. 4 (1). Pp. 21—30. doi:10.1007/s40473-017-0103-z

Экономический эффект от доказательных методов психотерапии пограничного личностного расстройства

ПРЛ считается одним из самых «дорогих» психических расстройств с точки зрения прямых и косвенных затрат на здравоохранение. С целью выяснить экономический эффект от использования доказательных методов психотерапии ученые из отдела личностных расстройств

(Университет Вуллонгонг, Австралия) проанализировали эмпирические исследования на английском и немецком языках, опубликованные до декабря 2015 года и включенные в крупные электронные базы данных. Это первое обзорное исследование подобного типа. Отобранные работы (29 из 4660) содержали 30 оценок стоимости пограничного расстройства личности (ПРЛ) для общества, самого страдающего человека, лиц, обеспечивающих уход, или семьи и экономической пользы от примененных интервенций (общее количество пациентов — 134136 человек). Большинство пациентов были женского пола: средневзвешенный процент женщин составил 89%. Средневзвешенный возраст: 30,65 лет (варьирует от 22 до 51 лет).

Авторы отмечают, что лица с ПРЛ устойчиво демонстрируют высокие уровни потребления медицинских услуг, и, соответственно, это дорого обходится обществу. Исследования показывают, что пациенты с симптоматикой ПРЛ значительно чаще появляются у врачей общей практики, а также заметно чаще посещают врачей-специалистов, чем пациенты без симптомов ПРЛ. Они также чаще обращаются за психиатрическими и психологическими консультациями, чем пациенты с депрессией. Обеспечение доказательной психотерапии — независимо от ее типа — может привести к значительному снижению затрат.

В настоящее время в рекомендациях по лечению ПРЛ отдается предпочтение психотерапии в сообществе. Исследования различных психотерапий, например, терапии на основе ментализации, терапии, фокусированной на переносе, и диалектической бихевиоральной терапии, показывают положительный исход с точки зрения симптоматики и уровней использования медицинских служб. Вместе с тем, учитывая природу симптомов ПРЛ, очень важно выявить психотерапии и интервенции, дающие наибольшую пользу при наименьших затратах.

Пятнадцать из 30 включенных в анализ оценок сосредоточились на затратах на ДБТ в сравнении с альтернативной психотерапевтической интервенцией, с клиент-центрированной психотерапией и систематической психотерапией в сообществе. Альтернативные психотерапевтические интервенции были представлены долгосрочной психоаналитической психотерапией, амбулаторной индивидуальной психотерапией, схема-терапией, терапией на основе ментализации, терапией, фокусированной на переносе, моделями, предполагающими постепенное снижение интенсивности воздействия (так называемая *step-down therapy*) и др. Остальные 15 оценок касались сравнения психотерапевтических интервенций с обычным лечением.

По результатам анализа, средний показатель снижения затрат на лечение ПРЛ при использовании доказательных методов психотерапии составил 2987,82 долларов США на пациента в год, следующий за годом

получения терапии ПРЛ. Еще порядка 1155 долларов США составило снижение затрат на пациента в сравнении с обычным лечением. Таким образом, несмотря на значительные расхождения между отдельными исследованиями и странами, основанные на доказательствах психологические терапии оказались менее дорогими, а также более эффективными с точки зрения снижения затрат, связанных с использованием служб психического здоровья и соответствующих затрат в сообществе. Положительный эффект от их применения значительно превышал экономический эффект от «обычного лечения» или отсутствия какой-либо терапии.

Оригинал: *Meuldijk D., McCarthy A., Bourke M.E., Grenyer B.F.R.* The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations // Plos ONE. 2017. Vol. 12 (3). doi: 10.1371/journal.pone.0171592

Практика терапии пограничного личностного расстройства и данные науки

В данном обзоре рассматриваются действующие клинические рекомендации, касающиеся управления ПРЛ, а также рекомендации, вытекающие из научных исследований последних лет. Приводится краткая информация о рекомендованных британским Национальным институтом здоровья и клинического мастерства (NICE) методах психотерапии ПРЛ, включая ТОМ, ДБТ, когнитивную аналитическую терапию, когнитивно-поведенческую терапию, СХТ и ТФП, а также возможностях фармакологического воздействия.

Авторы отмечают, что все рассмотренные психотерапии показывают положительные результаты применительно к ПРЛ. Двум (ДБТ и ТОМ) отдается предпочтение, так как накоплено больше доказательств в пользу их использования. Что касается психотропных препаратов, то, несмотря на отрицание их использования NICE, научная литература свидетельствует о краткосрочном облегчении симптомов после применения некоторых антипсихотиков второго поколения и стабилизаторов настроения.

Согласно действующим рекомендациям NICE (2009), при предложении психологической помощи в случае ПРЛ или при отдельных симптомах этого расстройства не следует прибегать к краткосрочным психологическим интервенциям (т. е. продолжительностью менее трех месяцев). Частота психотерапевтических сессий должна быть адаптирована к потребностям пациента и его «жизненному контексту», а потому возможно рассмотрение варианта — два раза в неделю. В рекомендациях также уточняется, что для женщин с ПРЛ и стойким риском нанесения само-

повреждений следует рассмотреть вопрос о полной программе ДБТ. Мониторинг эффекта терапии следует осуществлять по широкому спектру параметров исхода, например, индивидуальному функционированию, употреблению алкоголя и наркотиков, депрессии и симптомам ПРЛ.

ТОМ и ДБТ предлагается использовать в условиях «хорошо структурированных и высококачественных служб на основе сообщества», т. е. в условиях дневного стационара или при сопровождении местной бригады психического здоровья. В амбулаторных условиях предлагается использовать когнитивную аналитическую терапию, когнитивно-бихевиоральную терапию, СХТ и ТФП — это касается лиц с менее тяжелым ПРЛ, с меньшим количеством коморбидностей, более высоким уровнем социального функционирования, более выраженной способностью опираться на методы самоуправления. По данным рандомизированных контролируемых испытаний, рекомендуется минимум 18 месяцев психотерапии.

Авторы отмечают, что во всех психотерапиях ПРЛ с доказанной эффективностью присутствует пять общих характеристик. Их предложено рассматривать в качестве ядерного требования ко всем эффективным психотерапиям. Это:

- 1) структурированный подход к прототипическим проблемам ПРЛ;
- 2) пациентов стимулируют к принятию на себя контроля за свои действия;
- 3) психотерапевт помогает установить связи между чувствами и событиями/действиями;
- 4) психотерапевт активен, реагирует на пациента и осуществляет валидизацию;
- 5) психотерапевт обсуждает случаи с другими (включая индивидуальные реакции).

Авторы заключают, что по степени изученности использования психотерапий при ПРЛ во главе списка стоит ДБТ, далее следуют ТОМ, ТФП, СХТ и СТЭПРП. При этом ни одна из терапий не имеет действительно надежной доказательной основы и, кроме того, существуют вопросы к качеству отдельных исследований.

Предлагается «разбить» каждую из терапий на составные части, чтобы выделить компоненты, особенно полезные с точки зрения более глубокого понимания ПРЛ и обеспечения более фокусированной терапии.

Оригинал: *Ali S., Findlay Ch. A review of NICE guidelines on the management of Borderline Personality Disorder // British Journal of Medical Practitioners. 2016. Vol. 9(1); a909.*

Составитель-переводчик: Елена Можяева

PSYCHOTHERAPY OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: WHAT IS MORE EFFECTIVE?

The selected materials we offer indicate the modern level of knowledge about the effectiveness of different treatment approaches to borderline personality disorder (BPD). The current digest contains three recently published review papers by American, Australian and British researchers. The first paper provides a thorough review of the progress of adult BPD treatments and describes methods and their comparative efficacy drawing on conclusive scientific evidence. The second review targets economic efficacy of different therapies of BPD. The third paper compares the guidelines on BPD given by National Institute for Health and Clinical Excellence with research data. The materials are presented by publication date. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation:

Psychotherapy Of Borderline Personality Disorder: What Is More Effective? *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25, no. 4, pp. 180—187. doi: 10.17759/cpp.2017250412. (In Russ., abstr. in Engl.).