

Профилактика и раннее лечение пограничного расстройства личности: новый приоритет общественного здравоохранения

В настоящее время специалисты на основе научных данных сходятся во мнении, что пограничное расстройство личности (ПРЛ) является распространенным и поддающимся лечению психическим расстройством, для которого установлены валидные критерии¹. ПРЛ имеет значимость с точки зрения личностной дезадаптации, социальных и экономических затрат, включающих снижение уровня функционирования²; бремя на семьи и ухаживающих лиц³; низкий уровень образования со снижением квалификации и непропорционально высокой безработицей⁴; риск развития соматических заболеваний⁵; а также высокий риск развития психических расстройств, в том числе эпизодов самоповреждения и суицидов (распространенность суицида среди пациентов с ПРЛ составляет около 8%)¹. Высокие экономические затраты, связанные с ПРЛ (16 852 евро на одного пациента в год в Нидерландах), объясняются высокими прямыми затратами на лечение и косвенными затратами, в основном объясняемыми сниженной работоспособностью¹. Установлено, что среди пациентов с ПРЛ гораздо больше инвалидов по сравнению с пациентами с депрессией или тревожными расстройствами⁶.

Хотя ПРЛ, как правило, дебютирует в пубертатном периоде и юношеском возрасте⁷, диагностика их затягивается вследствие частой дискриминации этих пациентов. Специализированная помощь, как правило, предоставляется только на поздних стадиях заболевания относительно небольшой доле пациентов, и зачастую в виде малодоступных, узкоспециализированных и дорогих методов⁴. Накопленные доказательства свидетельствуют о том, что такие «поздние вмешательства» часто усиливают функциональные нарушения, нетрудоспособность и формируют недоверие по отношению к терапии.

Углубление знаний о ПРЛ у подростков и лиц юношеского возраста за последние двадцать лет^{8,9} стало надежной основой для выработки адекватных стратегий раннего вмешательства при ПРЛ и подпороговых проявлений патологии личности⁷, что позволило сделать важные выводы. Во-первых, расстройство личности начинается в детском и подростковом возрасте, и может быть диагностировано у молодых людей. Во-вторых, в DSM-5 ПРЛ является допустимым и достоверным диагнозом как в подростковом возрасте, так и в зрелом возрасте, судя по сходству в распространенности, феноменологии, стабильности и факторов риска, с четким тенденциями течения и исхода, и эффективностью специфического лечения. В-третьих, ПРЛ является одним из наиболее распространенных явлений среди молодежи: по оценкам, показатель распространенности составляет 1-3% в обществе, достигает 11-22% в амбулаторном звене, и 33-49% в стационарном^{7,8}. В-четвертых, ПРЛ является одной из основных причин нетрудоспособности среди молодых⁹. ПРЛ

является существенным финансовым бременем для семей молодых людей, средние затраты в год в США насчитывают \$14,606 личных средств пациента плюс \$45,573 за счет страховки¹⁰. В-пятых, «первая волна» научнообоснованных методов лечения показала, что структурированные методы доказали эффективность⁴. Наконец, масса эмпирических данных привела к тому, что в DSM-5 и Национальном руководстве по лечению Великобритании и Австралии диагноз ПРЛ у лиц до 18 лет стал валидным.

В мае 2014 года сформирован Глобальный Альянс по профилактике и раннему вмешательству при ПРЛ под эгидой Национального Образовательного Альянса по ПРЛ в Нью-Йорке. Альянс призывает к действиям с помощью комплекса обоснованных клинических, научно-исследовательских и социально-политических стратегий и рекомендаций.

Клинические приоритеты включают в себя: а) раннее вмешательство (то есть установление диагноза и лечение ПРЛ сразу, как только пациент удовлетворяет критериям DSM-5, независимо от его возраста), которое должно быть включено в рутинную практику обеспечения психического здоровья детей и молодежи; б) подготовку специалистов в области ранних лечебных мероприятий на основе научных данных; в) лучшей стратегией предупреждения ПРЛ признается ранняя профилактика у лиц, имеющих подпороговые проявления ПРЛ; д) раннее выявление должно поощряться (представление о ПРЛ как тяжелом психическом расстройстве, с которым сталкиваются молодые люди, должно быть распространено среди учащихся и врачей-психиатров, работающих с детьми и подростками; программы должны быть направлены на борьбу с предубеждениями, заблуждениями и предвзятым отношением и дискриминацией); г) диагноз ПРЛ должен быть установлен без промедления (отсутствие диагноза ПРЛ является дискриминацией, поскольку лишает людей возможности сделать осознанный и обоснованный выбор метода лечения и исключает ПРЛ из планов здравоохранения, затрудняет реализацию лечебных мероприятий, в конечном счете ухудшает перспективы молодых людей); д) не следует поощрять альтернативные термины, вводящие в заблуждение, или намеренное использование альтернативных диагнозов (при подпороговых проявлениях ПРЛ желательно использовать такие термины, как «признаки ПРЛ» или «пограничная патология»); е) семьи и друзья должны принимать активное участие в качестве соавторов в области профилактики и раннего вмешательства (как правило, семьи и друзья представляют собой фронтальную линию для молодых людей с ПРЛ, и их центральная роль должна быть признана и поддержана).

Приоритетные направления для исследований таковы: а) профилактика и раннее вмешательство при ПРЛ должны интегрироваться с не меньшими усилиями,

чем при других тяжелых психических расстройствах (аффективных, психотических), должны признаваться эквивалентные и мультифинальные пути развития психопатологии; б) создание базы знаний для системы здравоохранения по профилактике и раннему вмешательству при ПРЛ может иметь два подхода (важнейшей задачей является выявление факторов риска сохранения или усугубления ПРЛ, а не “начало” или заболеваемость расстройства как такового; или новые методы терапии могут быть основаны на причинно-следственных механизмах, лежащих в основе риска, таких как факторы окружающей среды); в) новые малозатратные профилактические мероприятия, которые могут быть широко распространены, должны быть разработаны и оценены (таких вмешательства должны соответствовать уровню развития, стадии/фазе, быть основанными на ступенчатой модели помощи); д) приоритетной темой исследований должно стать образование и выработка навыков для семей молодых людей с ПРЛ; г) в исследованиях должны быть изучены образовательные, профессиональные и социальные последствия заболевания для молодежи с ПРЛ; д) должна происходить дальнейшая разработка и валидация простых, удобных инструментов диагностики для обеспечения систематического использования стандартизированной оценки в научно-исследовательских и клинических учреждениях; е) необходима подробная информация об экономической стороне обеспечения помощи при ПРЛ для поддержки профилактики и раннего вмешательства, которая должна быть включена в планы клинических испытаний; ж) приоритетными являются исследования определения способов улучшения доступа к научно-обоснованным методам лечения и уменьшения отсева пациентов (это должно включать в себя исследование новых мест, условий и форматов для мероприятий, таких как школы, помощь вне дома, исправительные учреждения для молодых).

Социальные и политические приоритеты включают следующее: а) ПРЛ должно быть признано тяжелым психическим расстройством на всех уровнях системы здравоохранения; б) основанная на принципах доказательной медицины политика необходима для органи-

зации ПРЛ от первичной до специализированной медицинской помощи с целью построения системы обеспечения профилактики и раннего вмешательства, в первую очередь направленной на молодежь и тех, кто за ними ухаживает, которых следует рассматривать как партнеров в проектировании таких систем; в) должна быть исключена дискриминация в системе здравоохранения, особенно учитывая рассмотрение ПРЛ как “диагноза исключения” из услуг; отсутствие обеспечения помощи по медицинской страховке для людей с ПРЛ.

Andrew Chanen¹, Carla Sharp², Perry Hoffman³, Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder

¹Orygen, National Centre of Excellence in Youth Mental Health & Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Мельбурн, Австралия

²University of Houston, Хьюстон, США

³National Education Alliance for Borderline Personality Disorder

Перевод: Дорофейкова М.В. (Санкт-Петербург)

Редактура: Захарова Н.В. (Москва)

(World Psychiatry 2017;16(2):215-216)

Библиография

1. Leichsenring F, Leiblein E, Kruse J et al. Lancet 2011;377:74-84.
2. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Arch Gen Psychiatry 2011;68:827-37.
3. Bailey RC, Grenyer BF. Harv Rev Psychiatry 2013;21:248-58.
4. Chanen AM. J Clin Psychol 2015;71:778-91.
5. El-Gabalawy R, Katz LY, Sareen J. Psychosom Med 2010;72:641-7.
6. Ostby KA, Czajkowski N, Knudsen GP et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49:2003-11.
7. Chanen AM, McCutcheon LK. Br J Psychiatry 2013;202:s24-9.
8. Sharp C, Fonagy P. J Child Psychol Psychiatry 2015;56:1266-88.
9. The Public Health Group. The Victorian burden of disease study. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services, 2005.
10. Goodman M, Patil U, Triebwasser J et al. J Person Disord 2011;25:59-74.

DOI: 10.1002/wps.20429