

КОМОРБИДНОСТЬ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА И ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Г.М. Усов¹, Е.М. Чумаков^{2,3}, Д.И. Чарная^{2,3}, Д.Ю. Коломыцев¹, О.А. Стаценко¹

¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Минздрава России

²СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко»,
Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург

Биполярное аффективное расстройство (БАР) характеризуется высокой частотой сопутствующей (коморбидной) патологии. В ходе Американского национального репрезентативного опроса было обнаружено, что больные биполярным расстройством имели самый высокий коэффициент коморбидности среди больных с другими расстройствами Оси I DSM-IV [18]. По имеющимся данным, состояние 2/3 пациентов с БАР отвечает диагностическим критериям как минимум еще одного психического расстройства [23]. Наиболее часто коморбидными БАР являются тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства личности и расстройства пищевого поведения. Наличие психиатрической коморбидности осложняет диагностику и лечение биполярного расстройства и часто связано с плохим прогнозом [19, 20]. Расширение диагностических границ биполярного расстройства за счет включения в него мягких форм (т.н. «биполярный спектр») приводит к увеличению частоты его коморбидности с другими психическими расстройствами до 80% [3, 27].

Обобщенный анализ 32 исследований, выполненных на протяжении 25-летнего периода (1980–2006) показал, что у пациентов с БАР расстройства личности (РЛ) встречаются значительно чаще, чем в общей популяции [13]. Среди клинических вариантов РЛ наиболее часто сочетаются с БАР обсессивно-компульсивный, пограничный и нарциссический [4]. До настоящего времени не нашел окончательного разрешения вопрос о диагностической самостоятельности пограничного расстройства личности (ПРЛ), либо его принадлежности к биполярному спектру [12, 21], тем не менее, большинство современных исследователей признают БАР и ПРЛ отдельными психическими расстройствами [7, 8, 21, 31], что

не исключает возможности их сосуществования у одного пациента [7, 25]. В клинической практике коморбидность БАР и ПРЛ встречается достаточно часто: состояние каждого пятого пациента с БАР II типа [14, 31] и каждого десятого с БАР I типа [31] также отвечает диагностическим критериям ПРЛ. Среди пациентов психиатрического стационара коморбидное ПРЛ в 7 раз чаще встречается у пациентов с БАР по сравнению с другими психическими расстройствами [17].

БАР и ПРЛ проявляются рядом общих признаков, наиболее значимыми из которых являются импульсивность и нарушения эмоциональной регуляции, что затрудняет их диагностику [1, 5, 12]. Нейропсихологические и нейровизуализационные исследования, хотя и демонстрируют различные паттерны при БАР и ПРЛ, но все же остаются недостаточно убедительными, чтобы использовать их в дифференциальной диагностике [21, 28], в связи с чем критически важным для разграничения БАР и ПРЛ по-прежнему остается тонкий клинический подход [7]. Наиболее сложной является дифференциация между ПРЛ и БАР-II [12], а концепт БАР со «сверхбыстрой цикличностью» практически неотличим от аффективной нестабильности при ПРЛ [28]. В клинической практике ПРЛ зачастую ошибочно квалифицируется не только как БАР, но и как шизофрения, большое депрессивное расстройство, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и посттравматическое стрессовое расстройство [24]. В долгосрочной перспективе при повторных оценках состояния пациенты с ПРЛ в большинстве случаев перестают соответствовать диагностическим критериям: у них часто отмечается ремиссия или полное выздоровление, а в некоторых случаях усиление или колебания симптоматики [29]. Подобные результаты ставят под сомнение природу

ПРЛ как собственно расстройства личности [21], что дополнительно затрудняет постановку верного диагноза. В связи с вышесказанным дифференциальная диагностика БАР, ПРЛ и коморбидных БАР и ПРЛ является актуальной клинической задачей, которая требует оценки текущей аффективной симптоматики по отношению к стабильным чертам личности пациента с учетом данных анамнеза.

Что касается аффективной симптоматики, то депрессивные, тревожные, смешанные, гипоманиакальные симптомы являются общими для БАР-II и ПРЛ [21]. Легкое повышение настроения при БАР-II может выглядеть как колебания настроения при ПРЛ, а склонность к хронизации депрессивных симптомов, характерная для БАР-II, является фенотипом относительно стабильного стереотипа ПРЛ. Трудности с контролем гнева при ПРЛ могут быть ошибочно приняты за симптомы гипомании, с другой стороны, аффективный эпизод при БАР, который проявляется аффективной нестабильностью и трудностями в межличностных отношениях, может быть неверно квалифицирован как ПРЛ [12]. Тем не менее для БАР и ПРЛ характерны различные модели перепадов настроения: при ПРЛ перепады настроения обычно связаны с событиями и длятся часами, реже – днями, в то время как при БАР они носят преимущественно аутохтонный характер и склонны к затяжному течению [28]. Аффективный тип темперамента характерен как для пациентов с БАР, так и с ПРЛ, однако циклотимический, дистимический, «раздражительный» и тревожный типы более типичны для ПРЛ, а гипертимный – для БАР [21].

Импульсивность характерна скорее для ПРЛ, чем для БАР, причем по прошествии лет она имеет тенденцию к снижению [21]. Импульсивность при БАР меняется в зависимости от аффективных циклов, при этом пациенты с БАР могут проявлять импульсивность и в субсиндромальных состояниях [12]. Типичным для пациентов с ПРЛ являются переживание душевной пустоты, страха одиночества, чередование идеализации и обесценивания других людей [12], искаженные представления о собственной личности, а также трудности в межличностных отношениях [8, 12, 21].

Тщательный сбор анамнеза позволяет выявить такие признаки, отличающие ПРЛ от БАР, как перенесенное сексуальное насилие в детстве, переживание деперсонализации в детском возрасте, отсутствие случаев заболеваний БАР среди родственников [8]. Кроме того, для ПРЛ характерна большая частота суицидальных попыток и актов самоповреждения, чем для БАР [3]. Фармакологический анамнез также может помочь в установлении верного диагноза [21], однако и в этом случае следует учитывать неспецифическое действие лекарств, которое может приводить к трудностям интерпретации результатов терапии [7].

Проблема дифференциальной диагностики БАР и ПРЛ особенно актуальна с учетом различий в терапии

этих расстройств: в первом случае наиболее эффективна фармакотерапия стабилизаторами настроения, во втором – психотерапия при дополнительной лекарственной поддержке [7]. Исследования показывают, что у пациентов с ПРЛ редко происходит улучшение состояния при приеме стабилизаторов настроения [9], которые могут оказывать влияние на импульсивность, но не на настроение пациентов с ПРЛ [24]. Антидепрессанты и антипсихотики второго поколения также более эффективны при БАР [6]. Эффект от применения психотерапии в качестве единственного метода лечения БАР, как правило, слабый и нестойкий. Напротив, при ПРЛ психотерапия является основным методом лечения [16]. Диалектическая поведенческая терапия считается терапией первой линии при ПРЛ, хотя она также может быть эффективна для уменьшения тяжести депрессивных симптомов при БАР в качестве дополнительной терапии [30]. В современных рекомендациях по терапии ПРЛ указывается на целесообразность комбинированного применения психотерапии и фармакотерапии [10].

Коморбидность ПРЛ и БАР тесно связана с целым рядом негативных последствий для больного. В общенациональном исследовании, выполненном в США, с исследовательской группой (ПРЛ+БАР) из 268 232 человек и группой сравнения (БАР) из 242 232 человек было показано, что наличие у пациента коморбидных ПРЛ и БАР ассоциируется с более длительным пребыванием в стационаре, более высоким риском суицида и необходимостью применения ЭСТ [26]. Кроме того, наличие коморбидного ПРЛ сопряжено с более тяжелыми проявлениями БАР, большей частотой депрессивных фаз и более ранним возрастом манифестации аффективного заболевания. Наличие ПРЛ резко повышает вероятность развития у пациента БАР, особенно второго типа [22]. У лиц с коморбидными ПРЛ и БАР, как правило, расстройства настроения манифестируют и выявляются в более раннем возрасте, чем у страдающих изолированным БАР [15]. У этих пациентов в течение жизни чаще встречаются тревожные расстройства (ОКР, ПТСР, соматоформное расстройство), а также выше суицидальный риск [12], уровень импульсивности и агрессии [11]. Анализ коморбидных связей между двумя расстройствами однозначно указывает на преимущественно негативное влияние ПРЛ на БАР, нежели наоборот [15], в частности ПРЛ приводит к увеличению числа эпизодов БАР [7].

Для целей дифференциальной диагностики наиболее аргументированным считают подход, при котором в первую очередь происходит оценка наличия БАР, а затем – ПРЛ. В случае выявленной коморбидности может быть применена стратегия последовательного (с учетом актуального состояния, при этом обычно речь идет о БАР) или одновременного лечения обнаруженных расстройств [7]. Обсуждаемые выше особенности течения коморбидных

БАР и ПРЛ, а также трудности их диагностики и терапии могут быть проиллюстрированы следующим клиническим наблюдением.

Пациентка NN, 22 года. Наследственность: младшая сестра страдала анорексией, по поводу которой получала лечение у психиатра. Родители развелись, когда пациентке было 15 лет, восприняла это «положительно: они часто ссорились». С отцом общение практически не поддерживает: «последний раз говорили по телефону больше года назад, мы с ним не близки». Отец работает автомехаником, по характеру «молчаливый». Мать – врач, пациентка описывает ее как «активную, сильную, уверенную в себе женщину». Отношения с матерью «достаточно хорошие, часто переписываемся, она почему-то спокойно относится ко всем моим резким переменам в жизни». Есть младшая сестра (разница в возрасте 3 года), с ней общается «нечасто, в основном по телефону».

Анамнез жизни (со слов пациентки). Период беременности у матери и раннее развитие пациентки протекали без особенностей. Посещала дошкольное образовательное учреждение, в котором легко адаптировалась, своевременно пошла в школу. После первого класса общеобразовательной школы родители перевели девочку в математическую гимназию, так как она «оказалась слишком умной для обычной школы». Окончила 11 классов математической гимназии, в 8-м классе на одну четверть переводилась в общеобразовательную школу «из-за того, что там были мои друзья, но быстро решила вернуться, потому что качество обучения не понравилось». Занятия в школе часто прогуливала, постоянно вступала в конфликты с одноклассниками, порой дралась с мальчиками, иногда выступала инициатором «травли других детей», при этом «себя в обиду не давала». Отношения с учителями характеризует как «крайне конфликтные»: «не вылезала из кабинета директора». Тем не менее, училась «очень хорошо, почти на отлично», в связи с чем ее «не могли выгнать» из школы.

По окончании гимназии в 18 лет сдала вступительные экзамены и поступила в университет на химический факультет. Данное направление обучения выбрала «назло учителю химии, которому я не нравилась». В вузе адаптировалась достаточно легко, однако после второго курса решила отчислиться, потому что была недовольна качеством образования: «была очень легкая программа». На втором курсе начала встречаться с молодым человеком, с которым после успешной сдачи летней сессии в возрасте 20 лет переехала в другой город, где они начали проживать совместно на съемной квартире. В том же году (в возрасте 21 года) поступила на химический факультет университета, расположенного в городе проживания, после чего рассталась с молодым человеком и поселилась в общежитии вуза. На момент настоящего обращения за психиа-

трической помощью (22 года) продолжала обучение в университете.

О своем характере пациентка говорит следующее: «если мне надо, я могу найти контакт с человеком, вопрос в том, надо ли мне это, я интересный собеседник, мне кажется, я не совсем умею выражать свои мысли, мне надо их проговаривать, а так, со мной достаточно приятно общаться, если мне это интересно..., но иногда бываю грубой и заносчивой, мне так говорят». Соматическими заболеваниями не страдает.

Наркологический анамнез. Неоднократно употребляла каннабиноиды: «снимают тревожность». В возрасте 21 года на протяжении нескольких недель ежедневно «необдуманно принимала амфетамины». Алкоголь употребляет не чаще 1 раза в месяц, предпочитает пиво (до 1 банки) или вино (до двух бокалов). Курит сигареты, до 10 штук в день. Употребление других психоактивных веществ категорически отрицает.

Анамнез заболевания. До 13 лет пациентка (с ее слов) «была жизнерадостным, активным ребенком, могла радоваться, веселиться». С 13 лет «изменилась», стала «больше думать о будущем, о том, чем заниматься, на кого учиться, о мальчиках... все вокруг стало серым и неприятным». Описывает, что с этого момента постоянно присутствовало «немного сниженно-грустное настроение», причиной которого был «недостаток внимания» со стороны родителей.

В 15 лет «стала не принимать свою внешность, была недовольна своим весом, прыщами на лице... начинала худеть, периодически вызывала рвоту, потом вообще голодала по несколько дней». В этом возрасте на одной из «вечеринок у друзей» выпила 50 таблеток феназепама, запила их алкоголем «после того, как меня кто-то назвал толстой». Друзья «увидели это, быстро вызвали мне рвоту, и ничего не случилось». «Сделала это, чтобы больше не жить». После этого стала объектом «травли» со стороны сверстников: «надо мной стали смеяться друзья». В 18 лет прекратила ограничивать себя в еде и «постоянно худеть», «приняла свое тело: не то, чтобы оно мне стало очень нравится, но и отвращения не вызвало». Настроение при этом оставалось сниженным, что не влияло на повседневную активность.

В 19-летнем возрасте состояние пациентки начало постепенно ухудшаться. «Стало сильнее снижаться настроение», «выпила 10 таблеток феназепама, запила их алкоголем», так как хотела «проспать», думала, если что, меня найдет соседка и сообщит маме». Проснувшись после глубокого 24-часового сна, «винила себя, что так разочарую маму, ей придется много денег потратить на перевоз тела в родной город». Приняла решение: «пока я жива, не буду больше предпринимать попыток». Настроение оставалось «сильно сниженным» около 6 месяцев, после чего появились «навязчивые мысли о каких-то катастрофах», «сидела дома и думала о том, что если

выйду на улицу, то начнется какой-то ураган... или наводнение... вроде начинала собираться на учебу, смотрела в окно и сразу эта мысль возникала. Не могла понять откуда она берется, даже просила молодого человека меня провожать до вуза... потом дошло до того, что однажды я зашла вечером в комнату в общежитии и увидела, как моя соседка (мусульманка) молится перед окном, мне стало страшно, что она взорвет себя и меня». Отмечает, что в связи с этим «настроение стало еще более подавленным».

С данными жалобами обратилась к частнопрактикующему психотерапевту, который назначил вальпроаты 1 000 мг/сут, кветиапин, буспирон (дозировки двух последних препаратов не помнит). Через 3 месяца приема буспирон был отменен, а через 4 месяца вместо кветиапина был назначен оланзапин в связи с нарушениями ночного сна. На фоне проводимой терапии состояние значительно улучшилось: «прошли навязчивые страхи», «настроение стало ровным, как обычно, ровно-пониженным». Прием лекарств полностью прекратила через полгода самостоятельно, одномоментно, после чего состояние оставалось стабильным около одного месяца. Спустя месяц после отмены терапии «стало вновь падать настроение, усилились плаксивость, раздражительность, стало меньше сил». Самостоятельно возобновила прием вальпроатов и оланзапина (дозировки препаратов не помнит), однако улучшения состояния не отмечала.

Спустя 4 месяца после неудачной самостоятельной попытки возобновления терапии, обратилась в психоневрологический диспансер по месту жительства, откуда была направлена на лечение в дневной стационар, где пациентке был выставлен диагноз «шизоидное расстройство личности, декомпенсация, смешанное аффективное состояние». Находилась на лечении в дневном стационаре в течение 4 недель, получала терапию вальпроатами до 1 000 мг/сут, флюанксомом 1 мг/сут, венлафаксином 150 мг/сут, феназепамом 1 мг/сут, хлорпротиксеном до 25 мг на ночь. На этом фоне «состояние стало чуть лучше, настроение – более приемлемым», однако через 2 месяца после выписки самостоятельно отменила все препараты, так как «было тяжело принимать столько таблеток». Несмотря на обрыв терапии, состояние оставалось «ровным» на протяжении 3 месяцев.

Через 3 месяца после отказа от лечения рассталась с молодым человеком, по поводу чего очень сильно переживала. Возобновила прием вальпроатов 750 мг/сут и венлафаксина 150 мг/сут. После разрыва отношений с партнером начала ежедневно принимать амфетамины интраназально, на фоне чего изменилось состояние: «появился какой-то подъем, настроение было очень приподнятым». Резко снизился аппетит, похудела на 7 кг (до 45 кг), спала по 4–5 часов в сутки, при этом в течении дня «была достаточно активна, постоянно находила дела: то

убраться в комнате, то приготовить еду». С учебой в университете также справлялась успешно. Свою активность в тот период времени оценивает, как «плодотворную: получалось все, что хотела делать». Принимала амфетамины в течение месяца, при этом «была мысль, что я буду употреблять, доупотребляюсь до смерти, и всё будет нормально... это было саморазрушительное поведение, аналог самоповреждений». После того, как перестала принимать амфетамины, состояние резко ухудшилось: настроение было «постоянно депрессивное», «просто жила и мне было не очень хорошо», «снизилась активность, ничего не хотела, все свободное время старалась лежать дома и спать». Неотступно преследовали мысли о том, что «никогда не станет лучше». Ночной сон нарушился: беспокоили длительное засыпание, частые ночные пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна. Продолжала прием вальпроатов и венлафаксина в прежней дозе, однако состояние не улучшалось.

Через 1 месяц после отказа от амфетаминов нанесла себе глубокий продольный порез (длиной около 7 см) кухонным ножом в области левого локтевого сгиба. Несмотря на обильную кровопотерю за медицинской помощью не обращалась. Как следует из объяснений пациентки, порез она нанесла с целью «переключить душевную боль на физическую». Наличие истинных суицидальных намерений в тот момент категорически отрицает. Через два дня кухонным ножом нанесла себе около двадцати порезов в области наружной поверхности левого предплечья. В этот раз порезы были поверхностными, длиной до 3 см, «крови почти не было». Наносила их, «чтобы опять переключиться на физическую боль» без суицидальных намерений. С данными жалобами самостоятельно обратилась в психиатрический диспансер по новому месту жительства, откуда была направлена на госпитализацию в дневной стационар.

В дневном стационаре пациентка предъявляла жалобы на тревогу, «навязчивые мысли об отсутствии смысла в жизни», «отсутствие мотивации», «бессонницу», сниженный аппетит, «апатичное, меланхоличное, подавленное настроение», в связи с чем доза вальпроатов была увеличена до 1 000 мг/сут, а венлафаксин был заменен на пароксетин в дозе 20 мг/сут. Первое время в состоянии пациентки положительной динамики не отмечалось: сохранялись сниженный фон настроения, диссомнические нарушения, отчетливо выраженная тревога. Спустя две недели после коррекции терапии состояние пациентки улучшилось, и она смогла устроиться на подработку. В связи с сохраняющимися диссомническими нарушениями был дополнительно назначен алимемазин в дозе 10 мг на ночь. На фоне стабилизации ночного сна, дальнейшего улучшения настроения и практически полной редукции тревоги пациентка самостоятельно попросила о выписке в связи с отъездом в город N к родителям на летние

каникулы. Всего на лечении в дневном стационаре находилась полтора месяца. Была настроена на продолжение терапии после выписки. За весь период пребывания в дневном стационаре острой психотической симптоматики и явлений аутоагрессии не отмечалось. Поскольку во время госпитализации пациентка скрыла употребление амфетаминов, эпизод гипомании был расценен как спонтанный, пациентка была выписана с диагнозом Биполярное аффективное расстройство II типа (F31.8). Было рекомендовано продолжение амбулаторного лечения у психиатра теми же препаратами в прежних дозировках.

За время пребывания в дневном стационаре была осмотрена терапевтом и неврологом, которые не обнаружили актуальной соматической патологии и неврологической симптоматики. При экспериментально-психологическом исследовании выявлено затруднение предметного гнозиса и конструкции праксиса при сохраненных показателях речи; умеренное снижение концентрации, устойчивости и переключаемости внимания при относительной сохранности его распределения; снижение скорости протекания психических процессов. В идеаторной сфере отмечалось умеренное снижение уровня обобщения в виде актуализации конкретных признаков. В структуре личности преобладали лабильные и истероидные черты. На электроэнцефалограмме выявлены умеренные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о функциональной неустойчивости нейронов коры и дисфункции диэнцефальных образований. Пароксизмальная активность не проявилась.

После выписки уехала в город N, где продолжала прием поддерживающей терапии, тем не менее настроение оставалось «подавленным». Обратилась к психиатру, которым была проведена коррекция назначений в виде замены пароксетина на сертралин с постепенным увеличением его дозы до 100 мг/сут в сочетании с вальпроатами (1 000 мг/сут) и хлорпроксенном (25 мг/сут). Однако улучшения состояния не наступило: настроение оставалось сниженным, сохранялось чувство безрадостности, отсутствие смысла в жизни. Регулярно возвращалась к мыслям о суициде, однако попыток не предпринимала. Продолжала обучение в вузе в дистанционном формате, справлялась с программой в полном объеме.

Во время проживания в городе N неоднократно посетила «психоаналитика», который проводил сеанс «гипноза». После консультации отметила значительное улучшение состояния: почувствовала себя здоровой, перестала принимать лекарства, «стала понимать, что у меня есть друзья, семья, какие-то цели, что жить не так уж плохо, иногда даже интересно». Через неделю после начала улучшения получила известие о том, что бывший молодой человек покончил жизнь самоубийством, в связи с чем испытала «шок». Сильно переживала о том, что родствен-

ники погибшего обвиняли ее в произошедшем, несмотря на разрыв отношений более 9 месяцев назад: «его мать и подруга сказали, что это из-за меня, он долго со мной общался, а я нестабильная персона». Несмотря на отсутствие лекарственной терапии, данное событие перенесла «легко», «состояние быстро выровнялось, чувствовала себя хорошо, было много сил, хорошее настроение».

Примерно через месяц после получения известия о гибели бывшего молодого человека в состоянии алкогольного опьянения нанесла себе царапины на левом предплечье маникюрными ножницами после ссоры с близкими людьми, после чего «было очень стыдно». Несмотря на произошедшее, самочувствием на тот момент времени оставалась довольна, лекарства не принимала. После возвращения из города N возобновила учебу на следующем курсе, с нагрузками справлялась.

Настоящее ухудшение состояния отметила в начале третьего месяца учебы: «стало не очень хорошо». Отчетливого снижения настроения не отмечала, но «пропала мотивация», стала сомневаться в «истинности» своих желаний, «как будто обществу нужно, чтобы я так думала или чувствовала, а мне так не надо». Ухудшился сон, в связи с чем обратилась в психиатрический диспансер, врач которого порекомендовал прием алимемазина (без эффекта). В связи с продолжающимся в течение месяца ухудшением состояния была направлена участковым психиатром на лечение в дневной стационар.

При поступлении на вопрос о жалобах ответила следующим образом: «Настроение нормальное, хорошее, но нет мотивации что-то делать и такое ощущение, что её никогда не было. Ничего не хочется, но это устраивает, у меня хорошая продуктивность, хорошее настроение, но я понимаю, что у людей перед самоубийством тоже всё хорошо и доброжелательно. Иногда кажется, что пробежал паук или таракан, но объективно этого нет, дома постоянно это вижу, внимание на это переключаю и пугаюсь. Смысл жизни вроде есть, но это как будто не мой смысл жизни, как будто обществу нужно, чтобы я была замотивирована на что-то, а я только делаю вид, что мне что-то интересно».

Психический статус при поступлении. Сознание не нарушено, ориентирована в месте, времени, собственной личности и ситуации правильно. Мимика маловыразительная, голос тихий, речь в обычном темпе. Обращает на себя внимание внешний вид пациентки: яркий макияж, длинные накладные ногти, покрашенные в черный цвет. На протяжении всей беседы сидит в шапке. Мимика немного оживляется при воспоминаниях об употреблении наркотиков. Свое настроение описывает как «нормальное». На момент осмотра внешних признаков обманов восприятия не отмечается, при прямых вопросах наличие «голосов» отрицает. Рассказывает, что получает удовольствие

от вкусной еды, рисования, просмотра интересных сериалов. Интеллектуально-мнестически без грубого снижения, при этом внимание снижено (счет по Крепелину с замедлением с третьей операции, с ошибками – с пятой операции). Испытывает трудности при концентрации внимания, однако с учебой справляется хорошо, высокие оценки также радуют (сказала об этом с доброй усмешкой). Тревогу испытывает «нечасто». Засыпает с трудом, просыпается с «тяжелой головой», до сигнала будильника. В день госпитализации проснулась в 6 часов утра. Аппетит не нарушен, вес стабильный. Снижение либидо отрицает. На момент осмотра суицидальные мысли и намерения категорически отрицает. Просит врача помочь ей восстановить «истинный интерес к жизни». Оценка состояния по психометрическим шкалам: Шкала депрессии Гамильтона (HDRS) – 4 балла (норма), Шкала мании Янга (YMRS) – 0 баллов (норма), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS): подшкала тревоги – 12 баллов (клинический выраженная тревога), подшкала депрессии – 4 балла (норма).

Динамика психического состояния в отделении.

При данном обращении состояние пациентки было расценено как декомпенсация смешанного расстройства личности, был назначен вортиоксетин в стартовой дозе 5 мг/сут с постепенным повышением до 15 мг/сут, на фоне чего она отметила улучшение своего психического состояния. Данное улучшение пациентка связывала не с проводимой терапией, а с изменением образа жизни: «занялась учебой, не сижу без дела, есть какие-то цели, нет времени думать о всякой ерунде». Терапию вортиоксетином переносила хорошо, коротким курсом назначался анксиолитик бензодиазепинового ряда. За время лечения опасных тенденций в поведении и признаков острого психоза отмечено не было.

При *экспериментально-психологическом исследовании* структурных нарушений мышления не выявлено, абстрагирование доступно, IQ=106. При самооценке на первый план выходили психастенические и лабильные черты, однако ответы испытуемой не позволили сделать вывод о клинической значимости данных особенностей. По мнению психолога, испытуемая давала ответы, ориентируясь на их социальную желательность, однако предельно откровенно рассказывала о том, что устанавливаемые ей отношения часто сопровождаются конфликтами, переживанием неудовлетворенности в сочетании с сильной потребностью в них. Испытывает затруднения в поддержании устойчивой самоидентичности, подвержена импульсивным действиям под влиянием сильных эмоциональных переживаний. Отмечены легкие нарушения пространственной ориентировки, вероятно, резидуально-органического генеза, в отсутствии актуальных нарушений работоспособности при сохранном уровне абстрагирования и среднем уровне интеллекта. Личность

со смешанными чертами (в первую очередь, лабильными), вероятно, достигающими степени клинической значимости.

На фоне проводимого лечения в клинической картине на первый план вышли характерологические особенности: у пациентки отчетливо прослеживалась мозаичная структура личности с ярко выраженными истероидными (желание быть привлекательной, экстравагантный внешний вид, мотивация к вступлению в отношения «внимание к себе», завышенная самооценка), параноидными (наличие различных страхов, не все из которых психологически понятны), сенситивными и психастеническими (чувствительность пациентки, ее ранимость) чертами, эмоциональной лабильностью (частые перепады настроения) и импульсивностью («часто могу сделать что-то, не подумав, просто потому что я так сейчас чувствую»), незрелость (пациентка описывает себя «инфантильной, ленивой... легче думать, что я чем-то болею и у меня что-то не так с головой, чем заниматься делом...», чувствую, что будто осталась в подростковом возрасте»). Во время госпитализации пациентка дважды употребляла каннабиноиды, причем делала это «не обдумав, просто захотелось, не подумала о последствиях, хотя я знаю, что получаю лечение».

На момент выписки жалоб не предъявляла, была упорядочена в поведении. Фон настроения расценивался как эутимный, тревога отсутствовала, суицидальных тенденций не выявлялось. Своим состоянием была довольна, высказывала желание продолжить прием вортиоксетина после выписки.

Обсуждение клинического случая. С детского возраста у пациентки отмечались стойкие нарушения в поведении и установлении межличностных отношений при достаточно высоком уровне интеллекта, а с 13 лет практически постоянно сохранялось сниженное настроение и конфликтность в сочетании с нарушениями пищевого поведения. С 15-летнего возраста сформировался стойкий паттерн импульсивного аутоагрессивного поведения, проявления которого варьировали от нанесения себе легких самоповреждений до суицидальных попыток. В возрасте 19 лет пациентка перенесла развернутый депрессивный эпизод полиморфной структуры с отдельными симптомами, достигающими до психотического уровня, с суицидальными тенденциями, идеями виновности и тревогой. На пике тяжести состояние сопровождалось выраженными навязчивыми переживаниями, внешне напоминающими параноидные («мысли о каких-то катастрофах», «начнется ураган», «соседка-мусульманка... взорвет меня» и т.д.).

Первое гипоманиакальное состояние возникло на фоне длительного периода (в течение 1–1,5 мес.) употребления амфетаминов, после завершения которого аффект сменился на депрессивный. В клинической картине депрессии на первый план выступало меланхолическое настроение, снижение активности,

но также присутствовали тревога и самоповреждающее поведение. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, мания и гипомания, спровоцированные внешними факторами (терапия антидепрессантами, прием психоактивных веществ) являются критериями исключения для постановки диагноза биполярного аффективного расстройства. Однако DSM-5 выделяет особый, пятый, тип биполярного расстройства – мания/гипомания как результат инверсии депрессивного аффекта при терапии антидепрессантами, что не позволяет полностью исключить у данной пациентки диагноз фазнопротекающего аффективного заболевания. Гораздо более весомым аргументом в пользу диагноза биполярного расстройства является развитие после посещения «психоаналитика» спонтанной гипоманиакальной фазы продолжительностью около 1 месяца. Несмотря на отсутствие выраженного подъема настроения, у пациентки доминировало оптимистичное мировосприятие, легковесное отношение к проблемам, хорошее самочувствие и прилив сил.

Помимо пяти описанных аффективных эпизодов (двух депрессивных и одного гипоманиакального, развившихся спонтанно, а также одного депрессивного и одного гипоманиакального, спровоцированных приемом амфетаминов) обращают на себя внимание особенности личности пациентки, проявлявшиеся в виде устойчивых паттернов поведения и переживаний. Начиная с подросткового возраста отмечались стойкие нарушения эмоциональной регуляции и импульсивность в поведении: прогулы школы, конфликты с учителями и сверстниками, драки. Сама пациентка отмечала, что для нее характерны «резкие перемены в жизни», родители бывшего молодого человека называли ее «нестабильной», пациентка неоднократно самостоятельно прекращала и возобновляла назначаемое ей лечение. В анамнезе имеются указания на импульсивную суицидальную попытку и неоднократные импульсивные эпизоды самоповреждения. На протяжении семи лет пациентка демонстрирует склонность к аутодеструктивному поведению и злоупотреблению психоактивными веществами. Примечательно, что период употребления амфетамина она сама трактовала как саморазрушительное поведение. Попытки рационального объяснения употребления каннабиноидов с целью уменьшить тревожность могут указывать на вторичный характер наркотизации, обусловленный имеющейся аффективной нестабильностью.

Несмотря на тщательный сбор анамнеза, нам не удалось получить подробных сведений об особенностях межличностных взаимоотношений пациентки с молодым человеком, кругом друзей, родителями, что могло бы прояснить типичные для пациентки внутренние переживания: действительно ли она склонна к идеализации и, в то же время, разочарованию в других людях, имеется ли у нее стремление к драматизму и проявлению насилия в межличностных

отношениях, опасается ли она быть брошенной. Также при обследовании не получил разрешения ряд вопросов, связанных с сексуальной сферой: стабильны ли ее половые предпочтения и половая идентификация, имеется ли склонность к проявлениям насилия в сексуальной жизни. Тем не менее, в результате экспериментально-психологического исследования были получены некоторые косвенные данные об особенностях внутренних переживаний, на которые указывают выявленные лабильные, истерические, параноидные и психастенические черты характера. Подобное многообразие непротиворечиво может указывать на пограничное расстройство личности, для которого все названные черты могут быть характерны. Несмотря на полученные при экспериментально-психологическом исследовании данные о том, что «отношения испытуемой часто сопровождаются конфликтами, переживанием неудовлетворенности в сочетании с сильной потребностью в них»; «испытуемая испытывает затруднения в поддержании устойчивой самоидентичности, подвержена импульсивным действиям под влиянием сильных эмоциональных переживаний», психолог не приходит к заключению о том, что перед ним пограничная личность. Судя по всему, это обусловлено использовавшейся методологией оценки характерологических типов, в которой не выделяется пограничная личность.

Жалобы пациентки в момент последней госпитализации носили своеобразный характер: сомнения в истинности своих желаний: «будто обществу нужно, чтобы я так думала или чувствовала», «у меня хорошее настроение, но я понимаю, что люди перед самоубийством, у них все хорошо и доброжелательно», эпизодические обманы восприятия («паук или таракан, но объективно этого нет»). Эти высказывания свидетельствуют о сложности осознания себя, собственной системы ценностей, понимания желания жить/умереть (рассуждение о самоубийцах) и могут быть квалифицированы как аутопсихическая деперсонализация. Следствием этого нестабильного самосознания является переживание чувства бессмысленности. Элементы параноидности также укладываются в пограничный личностный паттерн. Таким образом, ведущим на момент последней госпитализации является синдром деперсонализации в рамках фазы пограничного расстройства личности.

Особо следует заметить, что диагноз ПРЛ не исключает наличия у пациентки аффективных расстройств, а напротив, тесно связан с ними. Учитывая спонтанность развития первой в жизни депрессивной и второй гипоманиакальной фаз, глубину депрессивных состояний, наличие в клинике депрессии атипичных симптомов, ранний возраст начала аффективных фаз, их длительность и плохую курабельность, представляется обоснованным допустить возможность существования у пациентки коморбидных ПРЛ и расстройств биполярного спектра. Существенно затрудняет

диагностику аффективного заболевания то, что состояние пациентки определялось не только аутохтонно возникающими фазами, но и колебаниями настроения в рамках расстройства личности. Симптомы депрессивного регистра, сохранявшиеся между фазами, не соответствовали диагностическим критериям депрессивного эпизода, носили, по сути, характер стойких переживаний экзистенциального плана, не приводили к нарушениям социальной адаптации, что позволяет отнести их к аффективной симптоматике в рамках декомпенсации личностного расстройства.

Тщательный анализ анамнестических сведений позволяет сделать высоковероятный вывод о манифесте аффективного заболевания в 13 лет на фоне имеющих личностных особенностей («изменилась» с этого возраста). Таким образом, обоснованным выглядит следующий двойной диагноз по МКБ-10: другие биполярные аффективные расстройства (включает в себя биполярное расстройство, тип II) – F31.8 и эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип – F60.31. В лечении пациентки могут быть использованы стабилизаторы настроения (ламотриджин, вальпроаты, антипсихотики второго поколения). В связи с актуальной

симптоматикой невротического регистра (деперсонализация) назначение антидепрессанта в рамках комплексной терапии ПРЛ является оправданным, а учитывая низкую приверженность пациентки лечению, предпочтителен антидепрессант с хорошей переносимостью, в связи с чем обоснованным видится выбор вортиоксетина. Проконгнитивные эффекты вортиоксетина могут обеспечить хорошую сочетаемость фармакотерапии с психотерапией, которая должна быть ведущим вмешательством при ПРЛ в отсутствие обострения БАР. Заметим, что в пользу коморбидности ПРЛ с биполярным расстройством свидетельствует отчетливая очевидная связь между назначением стабилизаторов настроения и улучшением психического состояния: в анамнезе прослеживается два периода аффективной стабилизации пациентки на фоне приема вальпроатов с кветиапином и вальпроатов с антидепрессантами группы СИОЗС и СИОЗСН. Поэтому, несмотря на низкий риск инверсии аффекта на фоне приема вортиоксетина, представляется обоснованным присоединение к нему препарата с нормотимическим действием. С учетом данных анамнеза, предпочтение следует отдать вальпроатам в дозе не менее 1 000 мг/сут.

ЛИТЕРАТУРА

1. Залуцкая Н.М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 2. С. 2–8.
2. Кузнецова-Морева Е.А., Простяков А.И. Суицидальное поведение пациентов с пограничным личностным расстройством: современный взгляд на проблему // Психиатрия и психофармакотерапия. 2014. Т. 16. № 4. С. 31–34.
3. Мосолов С.Н. (Ред.) Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
4. Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 92–98.
5. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: МИА, 2012. 336 с.
6. Bassett D. Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review // Aust. NZ J. Psychiatry. 2012. Vol. 46. P. 327–339.
7. Bayes A., Parker G., Paris J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder // Curr. Psychiatry Rep. 2019. Vol. 21. N 12. P. 125.
8. Bayes A.J., McClure G., Fletcher K., Román Ruiz del Moral Y.E., Hadzi-Pavlovic D., Stevenson J.L. et al. Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder // Acta Psychiatr. Scand. 2016. Vol. 133. P. 187–195.
9. Bellino S., Paradiso E., Bogetto F. Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder // CNS Drugs. 2008. Vol. 22. P. 671–692.
10. Bozzatello P., Rocca P., De Rosa M.L., Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? // Expert Opin. Pharmacother. 2020. Vol. 21. N 1. P. 47–61.
11. Carpinello B., Lai L., Pirarba S., Sardu C., Pinna F. Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder // Psychiatry Res. 2011. Vol. 188. N 1. P. 40–44.
12. Eskander N., Emany M., Saad-Omer S.M., Khan F., Jahan N. The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder // Cureus. 2020. Vol. 12. N 8. P.e9581.
13. Fan A.H., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. N 11. P. 1794–1803.
14. Fornaro M., Orsolini L., Marini S. et al. The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis // J. Affect. Dis. 2016. Vol. 195. P. 105–118.
15. Frias A., Baltasar I., Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact // J. Affect. Dis. 2016. Vol. 202. P. 210–219.
16. Ghaemi S.N., Dalley S., Catania C., Barroilhet S. Bipolar or borderline: a clinical overview // Acta Psychiatr. Scand. 2014. Vol. 130. N 2. P. 99–108.
17. Hossain S., Mainali P., Bhimanadham N.N., Imran S., Ahmad N., Patel R.S. Medical and Psychiatric Comorbidities in Bipolar Disorder: Insights from National Inpatient Population-based Study // Cureus. 2019. Vol. 11. N 9. P.e5636.
18. Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. Vol. 62. N 6. P. 593–602.
19. Kessler R.C., Rubinow D.R., Holmes C., Abelson J.M., Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey // Psychol. Med. 1997. Vol. 27. N 5. P. 1079–1089.
20. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression, Second Edition // By F.K.Goodwin, K.R.Jamison. New York: Oxford University Press, 2007.
21. Massó Rodríguez A., Hogg B., Gardoki-Souto I. et al. Clinical Features, Neuropsychology and Neuroimaging in Bipolar and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Cross-Diagnostic Studies // Front Psychiatry. 2021. Vol. 12. P. 68–76.
22. McDermid J., Sareen J., El-Gabalawy R., Pagura J., Spiwak R., Enns M.W. Co-morbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Compr. Psychiatry. 2015. Vol. 58. P. 18–28.
23. McElroy S.L., Altshuler L.L., Suppes T. et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder // Am. J. Psychiatry. 2001. Vol. 158. N 3. P. 20–26.
24. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder // Psychiatr. Clin. North Am. 2018. Vol. 41. N 4. P. 575–582.
25. Parker G., Bayes A., McClure G., Del Moral Y.R., Stevenson J. Clinical status of comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder // Br. J. Psychiatry. 2016. Vol. 209. P. 209–215.
26. Patel R.S., Manikkara G., Chopra A. Bipolar Disorder and Comorbid Borderline Personality Disorder: Patient Characteristics and Outcomes in US Hospitals // Medicina (Kaunas). 2019. Vol. 55. N 1 P. 13.

27. Perugi G. et al. Ital. J. Psychopathol. 2003. Vol. 9. P. 330–348.
28. Sanches M. The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence // Diseases. 2019. Vol. 7. N 3. P. 49.
29. Temes C.M., Zanarini M.C. The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder // Psychiatr. Clin. North Am. 2018. Vol. 41. N 4. P. 685–694.
30. Van Dijk S., Jeffrey J., Katz M.R. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder // J. Affect. Dis. 2013. Vol. 145. P. 386–393.
31. Zimmerman M., Morgan T.A. Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: the interface with borderline personality disorder // Curr. Psychiatr. Rep. 2013. Vol. 15. N 12. P. 422.

КОМОРБИДНОСТЬ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА И ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Г.М. Усов, Е.М. Чумаков, Д.И. Чарная, Д.Ю. Коломыцев, О.А. Стаценко

В статье приводится клиническое наблюдение пациентки с коморбидными биполярным аффективным расстройством II типа и пограничным расстройством личности. Обсуждаются вопросы «перекрытия» симптоматики двух заболеваний, их взаимное влияние, а также проблемы дифференциальной диагностики. Пред-

ставлены современные подходы к изолированной и совместной терапии биполярного аффективного и пограничного личностного расстройств.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, пограничное расстройство личности, коморбидность.

COMORBIDITY OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER II TYPE AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

G.M. Usov, E.M. Chumakov, D.I. Charnaia, D.Yu. Kolomytsev, O.A. Statsenko

This article presents a case report of a patient with comorbidity of bipolar affective II type disorder and borderline personality disorder. The authors discuss symptoms' overlap and bidirectional influence of these disorders and difficulties in differential diagnosis. Modern therapeutic approaches to

separate and simultaneous treatment of bipolar II and borderline personality disorders are observed.

Key words: bipolar affective disorder, borderline personality disorder, comorbidity.

Усов Григорий Михайлович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; email: usovgm@list.ru

Чумаков Егор Максимович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; зав. дневным стационаром СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко»; Член правления Российского общества психиатров; email: chumakovigor@gmail.com

Чарная Дина Игоревна – врач-психиатр дневного стационара СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко», аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; email: dichar@yandex.ru

Коломыцев Дмитрий Юрьевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; email: d.kolomytsev@icloud.com

Стаценко Олег Александрович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России; email: ol-statsenko@yandex.ru