

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ РАБОТЕ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Алехин Анатолий Николаевич

д-р мед. наук, проф., Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
termez59@mail.ru

Исагулова Елена Юрьевна

канд. псих. наук, директор, НМУ «Клинический центр психического здоровья»
9477877@gmail.com

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT TYPES OF PSYCHOTHERAPY IN WORKING WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

**A. Alekhin
E. Isagulova**

Summary: The article highlights the current state of the problem of the effectiveness of different types of psychotherapy in working with borderline personality disorder, based on the results of contemporary research examining the psychocorrective effects of mentalization-based, transference-oriented, schema-oriented, dialectical behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy on reducing the severity of symptom severity of borderline personality disorder.

It is found that comprehensive, long-term psychotherapy may be a useful form of treatment for people with borderline personality disorder. Each of the psychotherapy methods analyzed significantly reduces the severity of borderline psychopathology, but the predominance of the effectiveness of one over the others has not been proven.

The main conclusion may be that any recommended psychotherapeutic treatment provided in an individualized manner may be beneficial. Comprehensive, long-term psychotherapy is probably the most useful form of treatment for people with PPL. However, less intensive and less costly complementary forms of treatment need to be developed. To increase the strength of the evidence, future research in this area should focus on standardizing treatment components and protocols, improving intervention fidelity, and selecting common outcome measures to measure the severity of PDP and related symptoms.

Keywords: borderline personality disorder, psychotherapy, psychocorrection, dialectical-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, schema therapy, dynamic psychotherapy, cognitive-behavioral therapy.

Аннотация: Статья освещает современное состояние проблемы эффективности применения различных видов психотерапии при работе с пограничным расстройством личности, основанное на результатах современных исследований, посвященных изучению психокоррекционного влияния психотерапии, основанной на ментализации, ориентированной на перенос, ориентированной на схемы, диалектической поведенческой терапии и терапии принятия и приверженности, на снижение тяжести выраженности симптоматики пограничного личностного расстройства.

Установлено, что комплексная, долгосрочная психотерапия может быть полезной формой лечения для людей с пограничным расстройством личности. Каждый из анализируемых методов психотерапии существенно снижает тяжесть пограничной психопатологии, но преобладание эффективности одного из них перед другими не доказано.

Главный вывод может заключаться в том, что любое рекомендованное психотерапевтическое лечение, предоставляемое индивидуальным образом, может быть полезным. Комплексная, долгосрочная психотерапия, вероятно, является наиболее полезной формой лечения для людей с ПРЛ. Однако необходимо разработать менее интенсивные и менее дорогостоящие дополнительные формы лечения. Чтобы повысить силу доказательств, будущие исследования в этой области должны быть сосредоточены на стандартизации компонентов и протоколов лечения, повышении точности вмешательства и выборе общих показателей результатов для измерения тяжести ПРЛ и связанных с ним симптомов.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, психотерапия, психокоррекция, диалектико-поведенческая терапия, терапия принятия и приверженности, схема-терапия, динамическая психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия.

Введение

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является наиболее распространенным расстройством личности, затрагивающим 1,8% населения в целом, 10% амбулаторных и 15%-25% стационарных пациентов психиатрических клиник [34]. Лица с ПРЛ страдают тяжелыми и стойкими функциональными нарушениями, включая высокие показатели коморбидных психических расстройств, употребления психоактивных веществ,

преднамеренного самоповреждения и суицидальных мыслей. Симптомы ПРЛ часто впервые появляются в подростковом возрасте [31]. Хотя у большинства людей с ПРЛ наблюдается улучшение симптомов в более зрелом возрасте и около 85% из них достигают диагностической ремиссии в течение 10 лет после постановки диагноза, но специфические симптомы, такие как страх быть покинутым, импульсивность, сильный гнев и нестабильная самооценка, могут сохраняться в течение всей жизни [26]. Люди с ПРЛ также часто страдают от других

психических расстройств, включая депрессию, тревожность, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, и расстройства пищевого поведения. Они часто сталкиваются с социальной стигмой, имеют низкие социальные и профессиональные достижения, что обуславливает значительный риск смерти от суицида [14].

В клинической практике пациенты с ПРЛ часто лечатся только фармакопрепаратами или в сочетании с психотерапией. Тогда как практические руководства рекомендуют использовать психотерапию при ПРЛ в качестве лечения первой линии. Для расстройств личности доступно множество методов лечения – от разговорной терапии до медикаментозного лечения. Наиболее часто рекомендуют применять:

1. Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ) – комплексная система когнитивно-поведенческой терапии, предназначенная для лечения сложных, трудно поддающихся терапии личностных и поведенческих расстройств.
2. Терапия, основанная на ментализации (МВТ) – психодинамическое лечение, основанное на теории привязанности и когнитивной теории. Лечение состоит из еженедельной комбинированной индивидуальной и групповой психотерапии, фокусирующейся на сильных сторонах и неудачах ментализации, связанных с аффективными, импульсивными и межличностными симптомами ПРЛ [10].
3. Системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (STEPPS) – это групповое лечение, которое сочетает в себе элементы когнитивного поведения и обучение навыкам с системным компонентом для лиц, с которыми пациент регулярно взаимодействует.
4. Динамическая психотерапия (ДПТ) известная под названиями психодинамическая или психоаналитическая психотерапия, объединяет несколько видов психотерапии, сформированных на основе психоанализа и экзистенциальной психологии [2]. Во главу понимания психических процессов и поведения личности динамическая психотерапия ставит сферу бессознательного и глубоко спрятанный в ней опыт прошлой жизни, начиная с детского, иногда даже младенческого возраста [17].
5. Терапия, фокусирующаяся на переносе (ТФП) – это особый вид психодинамической терапии, которая делает акцент на отношениях и исследовании бессознательных конфликтов и эмоций
6. Схема-терапия сосредотачивается на выявлении и изменении «схем», а также на поддержании здоровых стратегий выживания. Один из ключевых принципов схема-терапии – это работа с основными убеждениями или «схемами», которые формируются в раннем детстве и влияют на мышление,

эмоции и поведение во взрослой жизни. Схемы включают в себя негативные убеждения о себе, других людях и мире в целом [4].

7. Терапия принятия и обязательств (АСТ) использует различные упражнения, чтобы помочь человеку сделать жизненный выбор, соответствующий его личным ценностям, и в то же время дистанцировать его от принятия решений, основанных на избегании опыта или социальном давлении.
8. Интерперсональная (межличностная) психотерапия (ИПТ) – психотерапия, являющаяся краткосрочной, высокоструктурированной, конкретно сфокусированной психотерапией, основанной на рабочем принципе «здесь и сейчас» и направленная на разрешение проблем текущих межличностных взаимоотношений.
9. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – это одна из наиболее популярных форм психологической терапии, основанная на коррекции когнитивной и поведенческой сферы человека. Главной мишенью этой формы психологической работы являются эмоциональные и поведенческие реакции человека, при которых страдают отношения с окружающими, качество его жизни, личностное, внутреннее благополучие [3].
10. Когнитивная терапия, основанная на осознанности (МВСТ), использует методы КПТ в сочетании с медитативными практиками осознанности и аналогичными психологическими стратегиями [1].

Оценка процесса, используемого для синтеза доказательств в клинических практических руководствах, позволяет определить надежность рекомендаций. Но степень, в которой руководства основаны на доказательствах, различается: недавнее исследование показало, что более половины руководств по клинической практике используют несистематические методы для обоснования рекомендаций [24], что ставит под угрозу обоснованность и надежность доказательств, и приводит к потенциально вводящим в заблуждение и ненадежным результатам. Кроме того, методы психотерапии, часто используемые для лечения ПРЛ, достаточно многочисленны, тогда как сравнение эффективности каждой отдельной психотерапии по сравнению с другими методами практически не проводилось. В связи с этим **целью** данного систематического обзора является анализ и критическая оценка существующих научных исследований о выявлении эффективности различных видов психотерапии при работе с ПРЛ.

Материалы и методы исследования

Сочетая расширенный перечень ключевых слов, связанных с терминами «пограничное расстройство личности» и «психотерапия» был проведен поиск публикаций научных исследований (рандомизированные контроли-

руемые испытания (РКИ) и исследования с группой сравнения, а также более ранние систематические обзоры) в системах Scopus, PubMed, MedLine, The Cochrane Library, eLIBRARY, CyberLeninka, РИНЦ с временным ограничением 10 лет (2015-2024 гг.) без привязки к языку.

Критерием включения в исследования был возраст пациентов 13 лет и старше, наличие диагноза ПРЛ. Включенные в исследование психотерапии были определены как подходящие для включения экспертами APA и используемые для лечения ПРЛ: ДПТ, MBT, STEPPS, ТФП, схема (схематическая) терапия, терапия отказа, АСТ, ИПП, МКТ, КПТ, MBKT, MOTR и их комбинации. Результаты, представляющие интерес, включали улучшение симптомов, специфичных для ПРЛ (например, аутоагрессия, попытки суицида, депрессия, тревожность, импульсивность, эмоциональная регуляция, диссоциативный опыт, безнадежность), глобальную клиническую оценку, социальное функционирование и неблагоприятные жизненные события.

Результаты исследования и их обсуждение

В 2020 году был обновлен Cochrane обзор по психологической терапии для людей с ПРЛ [33]. С момента публикации предыдущей версии в 2012 году число соответствующих исследований увеличилось более чем вдвое, а обзор 2020 года включал 75 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Обзор Cochrane 2020 года поддерживает основную роль психотерапии в лечении ПРЛ. В частности, наблюдалось клинически значимое снижение тяжести симптомов ПРЛ с помощью психотерапии, специфичной для расстройства любого вида, по сравнению с обычным лечением (0,52, $n = 22$ РКИ, 1244 участника), а также были получены доказательства превосходства с точки зрения самоповреждения ($n = 13$ РКИ, 616 участников), исходов, связанных с самоубийством ($n = 13$ РКИ, 666 участников) и психосоциального функционирования ($n = 22$ РКИ, 1314 участников). Хотя в РКИ было исследовано большое количество методов лечения, большая их часть была оценена только в одном исследовании. Если доказательства ограничены, их следует интерпретировать осторожно, особенно если размер наблюдений очень мал (только 5 из 75 исследований обзора включали 100 или более участников). В целом если доступно только одно исследование, уверенность в доказательствах обычно имеет очень низкий уровень. В связи с чем обзор Cochrane 2020 не обнаружил четких различий между различными видами психотерапии для лечения ПРЛ.

По данным систематического обзора Rameckers S.A. et al. все виды психотерапии оказались эффективными в снижении общей симптоматики ПРЛ, с уровнем эффекта от среднего до большого. Через год наибольшее улучшение было обнаружено для общей тяжести ПРЛ, за ко-

торой следует аффективная нестабильность. Наименьшее улучшение было обнаружено для диссоциации, импульсивности, гнева и суицидальности [28]. Wong J. et al. [35] в опубликованном систематическом обзоре отмечают что психотерапия привела к значительным краткосрочным улучшениям симптоматики ПРЛ после лечения, но не при последующем наблюдении. Не было никакой значительной разницы в эффективности лечения между экспериментальной и контрольной группами в целом. Психотерапия снизила частоту несуйцидального самоповреждения, но не попыток самоубийства.

Из включенных в систематический обзор Crotty K. et al. [13] исследований, в 18 публикациях сравнивались девять широко используемых психотерапий с ПРЛ, в 14 публикациях сравнивали 8 широко используемых психотерапий с другими видами психотерапии для лечения ПРЛ. Среди включенных психотерапий ДПТ был включен в качестве исследуемой группы в 12 исследований, MBT – в 5 исследований, STEPPS, схема-терапия и психотерапия, ориентированная на перенос, – в 4 исследованиях, а мануальная поддерживающая терапия – в 3 исследованиях. В целом, включенные испытания предоставили данные по 2545 участникам. В исследованиях преимущественно участвовали женщины (более 80% участников в 21 из 25 исследований). Более чем в половине исследований не сообщалось о расе или этнической принадлежности. Продолжительность исследований варьировалась от 12 недель до 3 лет, за исключением одного исследования, в котором было 6 сеансов в течение 6-8 недель. В целом, авторы обнаружили низкую силу доказательств в пользу ДПТ, умеренную или низкую – в пользу STEPPS, очень низкую достоверность доказательств – в пользу ДДП, по сравнению с обычно применяемой в психиатрии терапией для лечения ПРЛ. После 12 месяцев лечения исследование не выявило существенных различий между группами по тяжести ПРЛ, тяжести симптомов, общему впечатлению и функционированию и при сравнении MBT с обычным терапевтическим подходом. РКИ ($n = 569$) оценили эффективность схематерапии в сравнении с контролем, с противоречивыми результатами, согласно которым в одном исследовании не было выявлено статистически значимой разницы между методами терапии в снижении пограничных симптомов [15], тогда как в другом – выявлена существенная динамическая разница в пользу схематерапии [20]. Включенное в анализ исследование показало значительное снижение частоты и тяжести преднамеренного самоповреждения у участников группы МАСТ по сравнению с контролем после 6 месяцев лечения.

Одно нерандомизированное клиническое исследование ($n = 90$) сравнило эффективность ДПТ с MBT для ПРЛ [8]. Другое не РКИ ($n = 72$) сравнило ДПТ с STEPPS [18]. Трехгрупповое РКИ оценило эффективность ДПТ ($n = 25$) с ДДП ($n = 27$) и контролем у 68 пациентов с ПРЛ [16].

Трехгрупповое РКИ ($n = 62$) оценило ДПТ с психотерапией, ориентированной на перенос, и с поддерживающей терапией. Три РКИ сравнивали MBT с поддерживающей терапией [9, 12, 21]. В совокупности эти исследования предоставили данные по 317 участникам. В этих исследованиях сообщалось о множественных результатах, включая тяжесть ПРЛ, симптомы и глобальное функционирование. Однако для каждого сравнения достоверность доказательств была оценена как очень низкая, что не позволило сделать значимые выводы. Таким образом, Crotty K. et al. [13] не обнаружили существенных различий между анализируемыми методами психотерапии так как было представлено недостаточно доказательств их эффективности.

Среди отдельных методов лечения статистически значимые оценки эффекта, подкрепленные доказательствами с низкой достоверностью, были найдены в систематическом обзоре Stoffers-Winterling J.M. et al. [32] только для ДПТ (самоповреждение, психосоциальное функционирование) и MBT (самоповреждение, результаты, связанные с самоубийством). Качество доказательств для некоторых дополнительных методов лечения было хорошим, среднего качества полезных эффектов групп обучения навыкам ДПТ (ДПТ-ST). на основные результаты тяжести ПРЛ и психосоциального функционирования.

В систематический обзор Setkowski K. et al. [30] было включено в общей сложности 43 исследования ($n = 3273$). Авторы обнаружили существенные различия между несколькими активными сравнениями в лечении субклинического ПРЛ, однако эти результаты были основаны на очень небольшом количестве испытаний и поэтому должны интерпретироваться с осторожностью. При этом, как отмечают авторы, ни один из методов лечения, по-видимому, не является лучшим выбором для лечения людей с ПРЛ по сравнению с другими методами. Тем не менее ДПТ была наилучшим методом лечения, предоставив убедительные доказательства своей эффективности.

В систематический обзор Oud M. et al. [25] было включено 20 исследований с 1375 участниками. Специализированная психотерапия по сравнению с обычным лечением была связана со средним эффектом, основанным на умеренных качественных доказательствах, относительно общей тяжести ПРЛ, а ДПТ по сравнению с обычным лечением – с небольшим или средним эффектом на самоповреждение. Другие оценки эффекта часто были неубедительными, в основном из-за неточности. Тем не менее авторами представлены доказательства умеренного качества, что специализированные психотерапии эффективны в снижении общей тяжести ПРЛ. Однако дальнейшие исследования должны определить, какие группы пациентов получают наибольшую пользу от специализированных терапий.

Что касается результатов лечения ПРЛ, очевидно, что до сих пор нет консенсуса относительно основного набора результатов и мер, которые следует использовать в исследованиях по оценке лечения ПРЛ. Хотя конкретные методы лечения основываются на различных моделях этиологии и постулируют различные основные проблемы, они склонны расставлять приоритеты и оценивать различные результаты. Например, MBT рассматривает отсутствие способности к ментализации, т.е. выявлению психических состояний (таких как убеждения, желания, чувства, мысли и т.д.) у себя и других, как основную проблему ПРЛ, что приводит к межличностным трудностям. ДПТ, однако, рассматривает нарушенную регуляцию эмоций как основную проблему, что приводит к самоповреждению и суицидальному поведению. Поэтому исследования MBT обычно сообщают о межличностных проблемах, но не об импульсивных или аффективно-дисрегулятивных результатах, тогда как для ДПТ все на оборот. Однако было бы полезно узнать, как различные терапии работают с общим набором результатов, специфичных для ПРЛ, чтобы определить их соответствующие профили действия [22].

Были предприняты усилия по определению основного стандартного набора результатов для лиц с расстройствами личности. На сегодняшний день доступны специфические для ПРЛ показатели, которые позволяют очень подробно оценить отдельные симптомы ПРЛ, такие как Шкала оценки пограничного расстройства личности Занарини (ZAN-BPD) [38], Шкала общего клинического впечатления, адаптированная для ПРЛ (CGI-BPD) [27] или Индекса тяжести пограничного расстройства личности (BPDSI) [6]. До недавнего времени несколько результатов, которые особенно важны для людей, страдающих ПРЛ, по-прежнему игнорировались во всех исследованиях, например, избегание одиночества, хроническое чувство пустоты или нарушение идентичности. Более того, продольные результаты указывают на значимость психосоциальных результатов, поскольку многие люди, страдающие ПРЛ, испытывают нарушение социального и профессионального функционирования в течение длительных периодов времени, даже после того, как симптомы, характерные для ПРЛ, уменьшились и полные диагностические критерии больше не соблюдаются [11]. Однако данные о долгосрочных результатах психотерапии при ПРЛ все еще скудны [29]. Для точной оценки этих методов лечения требуются дополнительные исследования. Кроме того, Hernandez-Bustamante M. et al. [19] проанализировали 18 РКИ, большинство из которых подтвердили эффективность ДПТ при ПРЛ. В этих исследованиях приняли участие 1755 человек, большинство из которых были женщинами. Большинство исследований показали, что как краткосрочная, так и стандартная ДПТ снизили суицидальность у пациентов с ПРЛ с небольшим или умеренным размером эффекта, продолжающимся до 24 месяцев после периода лечения. Кроме

того, эти исследования показали, что ДПТ может значительно улучшить общее психологическое состояние и снизить депрессивные симптомы у пациентов с ПРЛ. Улучшение идентичности, снижение импульсивности, нестабильности настроения, а также снижение частоты госпитализаций являются вторичными результатами, наблюдаемыми в испытаниях после ДПТ. Тем не менее, авторами подчеркивается неоднородность используемых в исследованиях методологий.

В рамках исследования нами были проанализированы найденные в процессе поиска научных публикаций и не включенные в более ранние систематические обзоры и метаанализы РКИ и не РКИ. Всего было проанализировано два исследования (табл. 1).

В рандомизированном, параллельно-групповом, слепом клиническом исследовании Assmann N. et al. [7] амбулаторные пациенты в возрасте от 18 до 65 лет с первичным диагнозом ПРЛ были набраны в центре амбулаторного лечения третьего уровня (Германия). Участники были рандомизированы в ДПТ или схема-терапию с одним индивидуальным и одним групповым сеансом в неделю в течение 1,5 лет. Первичным результатом считалась тяжесть симптомов ПРЛ при естественном наблюдении в течение 1 года. Всего в исследовании приняли участие 164 пациента (49,4% лечились с помощью схема-терапии, а 50,6% - с помощью ДПТ, 79,3% были женщинами). Первичным результатом было изменение тяжести ПРЛ с течением времени, оцененное с помощью общего балла Индекса тяжести пограничного расстройства личности (BPDSI). Анализ намерения лечиться с обобщенными линейными смешанными моделями не показал значительной разницы при наблюдении в течение 1 года между ДПТ и схема-терапией с более низкими баллами для ДПТ. Размеры эффекта до наблюдения были большими в обеих группах. Авторами отмечено, что пациенты в обеих группах лечения показали существенные улучшения, что указывает на возможность успешного лечения ПРЛ с помощью ДПТ и схема-терапии.

В многоцентровом РКИ Arntz A. et al. [5] с тремя группами пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с ПРЛ, проведенном в 15 центрах в 5 странах (Австралия, Германия, Греция, Нидерланды и Великобритания), участники

были распределены для схема-терапии в групповом формате (PGST), комбинированном индивидуальном и групповом формате схема-терапии (IGST) или лечились с помощью фармакотерапии. Оба формата схема-терапии предоставлялись в течение 2 лет, с 2 сеансами в неделю в 1-й год и частотой постепенного снижения в течение 2-го года. Данные анализировались в течении 1 года после терапии. Первичным результатом было изменение тяжести ПРЛ, оцененное с помощью BPDSI. Из 495 пациентов (средний возраст 33,6 [9,4] года; 426 [86,2%] женщин) 246 (49,7%) получили фармакотерапию, 125 (25,2%) получили PGST и 124 (25,0%) получили IGST (1 из которых позже отозвал согласие). PGST и IGST в сочетании превосходили фармакотерапию в отношении снижения тяжести ПРЛ. По этому показателю IGST превзошел фармакотерапию и PGST, тогда как PGST существенно не отличался от фармакотерапии. Стабильность эффекта в лечении была выше в группе IGST, чем в группах PGST и фармакотерапии (1 год: 0,82 против 0,73; 2 года: 0,74 против 0,64), и не было никакой существенной разницы между группами фармакотерапии и PGST (1 год: 0,73 против 0,72; 2 года: 0,64 против 0,62). Эти результаты показывают, что IGST является предпочтительным форматом схема-терапии с высокой поддержкой и продолжением улучшения тяжести ПРЛ после завершения лечения.

Следует отметить, что, несмотря на растущее количество доказательств эффективности психотерапии при ПРЛ, у многих пациентов клиническое улучшение не наступает и они не достигают надежных критериев изменения. Систематический обзор Woodbridge J. et al. показал, что примерно половина включенных пациентов не достигла надежного уменьшения симптомов ПРЛ после получения психотерапии [36]. Опубликованные исследования результатов лечения сообщают, что от 6% до 81,3% пациентов не реагируют (что определяется отсутствием снижения симптомов ПРЛ) на некоторые из основных методов лечения [23]. Более позднее исследование Woodbridge J. et al. [37] показало, что отсутствие ответа является сложным и многогранным. Во-первых, очевидно, что должны быть системы, которые будут поддерживать доступ к адекватной помощи и способствовать стабильности жизни. Во-вторых, могут потребоваться значительные усилия на этапе вовлечения в терапию для прояснения ожиданий. В-третьих, внимание

Таблица 1.

Исследования, сравнивающие эффективность методов психотерапии ПРЛ.

Автор	Год	Участники	Терапевтические направления	Период наблюдения	Эффект
Assmann N. et al. [7]	2024	n=164	49,4% - схема-терапия 50,6% - ДПТ	1 год	Существенные улучшения без значимых различий между группами
Arntz A. et al. [5]	2022	n=495	49,7% - фармакотерапия 25,2% - PGST 25,0% - IGST	1 год после двух лет терапии	IGST является предпочтительным форматом схема-терапии. IGST превзошел фармакотерапию и PGST

к конкретным межличностным проблемам между пациентами и психотерапевтами является важным направлением. Наконец, необходима структурированная работа по улучшению отношений и профессиональных результатов. Необходимость внедрения эффективных методов лечения ПРЛ в государственные службы охраны психического здоровья предлагают использовать прагматичные подходы, которые фокусируются на общих факторах терапии, модульное использование тех частей, которые сами по себе могут считаться эффективными. Даже при отсутствии полной структуры терапии, в рамках поэтапного подхода к лечению наименее инвазивное вмешательство является обязательным на разных стадиях тяжести заболевания. Наконец, распространение эталонных ценностей (услуг, не основанных на осуждении) должно стать общей основой лечения ПРЛ.

Заключение

Расстройства личности, и, в том числе, ПРЛ, характеризующееся гипертрофированными лабильными эмоциями и нарушением самоидентификации, являются мучительными и для пациентов, и для их близких. Психотерапия при ПРЛ воспринимается как лечение первой линии и поэтому должна быть дополнительно исследована на предмет ее долгосрочной эффективности, предпочтительно в прямых испытаниях.

Результаты анализа научных публикаций (РКИ, систематических обзоров и метаанализов) последних 10 лет показывают, что все широко используемые психотерапевтические методы и фармакотерапия улучшают тяжесть,

симптомы и функционирование ПРЛ, и нет никаких убедительных доказательств того, что какая-либо широко используемая психотерапия более эффективна, чем другая. Безусловно, ДПТ является наиболее тщательно изученным из этих методов лечения и наиболее широко используемым. В совокупности результаты этих исследований указывают на то, что в настоящее время ДПТ, МВТ и схема-терапия доказали свою эффективность в снижении пограничной психопатологии или, по крайней мере, ее отдельных аспектов. Эти симптоматические улучшения были наиболее последовательными в направлении аутоагрессии и попыток самоубийства. Очевидно, что все эти методы лечения являются как интенсивными, так и относительно длительными. Они также требуют специальной подготовки. Поэтому необходимы менее интенсивные и менее дорогостоящие формы психосоциального лечения ПРЛ. Для того чтобы лечить больше пограничных пациентов с помощью проверенной мануальной психотерапии ПРЛ, может потребоваться перейти на дополнительные формы лечения. Такой фокус лечения имеет большой смысл, поскольку эти акты являются ведущим индикатором ухудшения клинического состояния, которое может привести к разрыву отношений и существенному снижению психосоциального функционирования.

При этом, очень мало известно о вреде, связанном с психотерапией. В дальнейшем необходимо установить стандартизированный набор результатов для ПРЛ и стандартизированный набор мер для оценки этих результатов. Без этого будет крайне сложно оценить относительную эффективность этих методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков В.А. Представления об эффективности психотерапии у клиентов центров психологической помощи и пациентов отделения пограничных психических расстройств / В.А. Агарков, С.А. Бронфман, Д.И. Голованова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. — 2019. — № 3. — С. 79-86. — DOI:10.24411/2075-4094-2019-16422. — EDN WHHIGJ.
2. Короленко Ц.П. Особенности длительной психодинамической психотерапии пограничного личностного расстройства / Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2018. — № 3. — С. 20-30. — EDN URYYP.
3. Харитонов С.В. Комплаенс пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами и интенсивность когнитивно-поведенческой психотерапии / С.В. Харитонов, М.В. Голубев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2018. — № 1. — С. 8-15. — EDN XQBKPZ.
4. Allison S., Bastiampillai T., Looi J.C.L. Further Considerations on Early Intervention for Borderline Personality Disorder // JAMA Psychiatry. 2022. Vol. 79, № 6. P. 631-643. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2022.0482
5. Arntz A., Jacob G.A., Lee C.W. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial // JAMA Psychiatry. 2022. Vol. 79, № 4. P. 287-299. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2022.0010
6. Arntz A., van den Hoorn M., Cornelis J., Verheul R., van den Bosch, W.M.C., de Bie A.J.H.T. Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index // J Personal Disord. 2003. Vol. 17. P. 45-59.
7. Assmann N., Schaich A., Arntz A. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial // Psychother Psychosom. 2024. Vol. DOI:10.1159/000538404
8. Barnicot K., Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder // Psychological Medicine. 2019. Vol. 49. № 12. P. 2060-2068. DOI: 10.1017/S0033291718002878
9. Bateman A., Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder // The American Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 166. № 12. P. 1355-1364. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539

10. Bateman A., Constantinou M.P., Fonagy P., Holzer S. Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder // *Personality Disorders*. 2021. Vol. 12. № 4. P. 291-299. DOI: 10.1037/per0000422
11. Bohus M., Stoffers-Winterling J., Sharp C., Krause-Utz A., Schmahl C., Lieb K. Borderline personality disorder // *Lancet*. 2021. Vol. 398. № 10310. P. 1528-1540.
12. Carlyle D., Green R., Inder M., Porter R., Crowe M., Mulder R., Frampton C. A randomized-controlled trial of mentalization-based treatment compared with structured case management for borderline personality disorder in a mainstream public health service // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. DOI: 10.3389/fpsy.2020.561916
13. Crotty K., Viswanathan M., Kennedy S. Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review // *J Consult Clin Psychol*. 2024. Vol. 92. № 5. P. 275-295. DOI:10.1037/ccp0000833
14. Crotty K., Viswanathan M., Kennedy S., Edlund M.J., Ali R., Siddiqui M., Wines R., Ratajczak P., Gartlehner G. Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2024. Vol. 92. № 5. P. 275-295. DOI: 10.1037/ccp0000833
15. Farrell J.M., Shaw I.A., Webber M.A. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009. Vol. 40. № 2. P. 317-328. DOI: 10.1016/j.jbtep.2009.01.002
16. Gregory R.J., Sachdev S. Naturalistic outcomes of evidence-based therapies for borderline personality disorder at a medical university clinic // *American Journal of Psychotherapy*. 2016. Vol. 70. № 2. P. 167-184. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.2.167
17. Guerrero J. Borderline Personality Disorder: Review of the Effectiveness of Evidence-Based Therapeutic Interventions // *Mexican Journal of Medical Research ICSA*. 2024. Vol. 12. P. 46-57. DOI: 10.29057/mjmr.v12i24.12449.
18. Guillén Botella V., García-Palacios A., Bolo Miñana S., Baños R., Botella C., Marco J.H. Exploring the effectiveness of dialectical behavior therapy versus systems training for emotional predictability and problem solving in a sample of patients with borderline personality disorder // *Journal of Personality Disorders*. 2021. Vol. 35. P. 21-38. DOI: 10.1521/pedi_2020_34_477
19. Hernandez-Bustamante M., Cjuno J., Hernández R.M., Ponce-Meza J.C. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Iran J Psychiatry*. 2024. Vol. 19. № 1. P. 119-129. DOI: 10.18502/ijps.v19i1.14347.
20. Hilden H.M., Rosenström T., Karila I., Elokorp A., Torpo M., Arajärvi, R., Isometsä, E. Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: A randomized pilot study // *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021. 75. №3. P. 176-185. DOI: 10.1080/08039488.2020.1826050
21. Jørgensen C.R., Freund C., Bøye R., Jordet H., Andersen D., Kjølbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. Vol. 127. № 4. P. 305-317. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x
22. Karterud S., Kongerslev M.T. Psychotherapy of personality disorders needs an integrative theory of personality // *J Psychother Integr*. 2021. Vol. 31. № 1. P. 34-53.
23. Kellett S., Bennett D., Ryle T., Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice: CAT with BPD // *Clin Psychol Psychother*. 2013. Vol. 20. № 3. P. 216-225. DOI: 10/dj36dv.
24. Lunny C., Ramasubbu C., Puil L., Liu T., Gerrish S., Salzwedel D.M., Mintzes B., Wright J.M. Over half of clinical practice guidelines use non-systematic methods to inform recommendations: A methods study // *PLoS One*. Vol. 16. № 4. P. 307-326. DOI: 10.1371/journal.pone.0250356.
25. Oud M., Arntz A., Hermens M.L., Verhoef R., Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis // *Aust N Z J Psychiatry*. 2018. Vol. 52. № 10. P. 949-961. DOI:10.1177/0004867418791257
26. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder // *Medicina*. 2019. Vol. 55. № 6. P. 476-489. DOI: 10.3390/medicina55060223
27. Perez V., Barrachina J., Soler J., Pascual J.C., Campins M.J., Puigdemont D. The Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder Patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes // *Actas Esp Psiquiatr*. 2007. Vol. 35. P. 229-235.
28. Rameckers S.A., Verhoef R.E.J., Grasman R.P.P.P., Cox W.R., van Emmerik A.A.P., Engelmoer I.M., Arntz A. Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types // *J Clin Med*. 2021. Vol. 10. № 23. P. 57-68. DOI: 10.3390/jcm10235622.
29. Sanza M., Campa J., Menchetti M. The implementation of evidence-based therapies for borderline personality disorder in Mental Health Services // *Evidence-based Psychiatric Care*. 2022. Vol. 8. P. 193-201; DOI: 10.36180/2421-4469-2022-17
30. Setkowski K., Palantza C., van Ballegooijen W. Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis // *Psychol Med*. 2023. Vol. 53. № 8ю P. 3261-3280. DOI:10.1017/S0033291723000685
31. Sharp C., Wall K. Personality pathology grows up: Adolescence as a sensitive period // *Current Opinion in Psychology*. 2018. Vol. 21. P. 111-116. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.11.010
32. Stoffers-Winterling, JM, Storebø, OJ, Kongerslev, MT, et al. Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2022;221(3):538-552. doi:10.1192/bjp.2021.204
33. Storebø O.J., Stoffers-Winterling J.M., Völlm B.A. Psychological therapies for people with borderline personality disorder // *Cochrane Database Syst Rev*. 2020. Vol. 5. № 5. CD 012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2
34. Winsper C., Bilgin A., Thompson A., Marwaha S., Chanen A.M., Singh S.P., Wang A., Furtado V. The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 216. № 2. P. 69-78. DOI: 10.1192/bjp.2019.166
35. Wong J., Bahji A., Khalid-Khan S. Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Can J Psychiatry*. 2020. Vol. 65. № 1. P. 5-15. DOI:10.1177/0706743719878975
36. Woodbridge J., Townsend M., Reis S., Singh S., Grenyer B.F. Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review // *Austr N Z J Psychiatry*. 2021. CD 00048674211046893. DOI: 10.1177/00048674211046893.
37. Woodbridge J., Townsend M.L., Reis S.L. Patient perspectives on non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: a qualitative study // *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2023. Vol. 10, № 13. DOI: 10.1186/s40479-023-00219-y

38. Znarini M.C., Vujanovic A.A., Parachini E.A., Boulanger J.L., Frankenburg F.R., Hennen J. Znarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (Zan-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology // J Pers. 2003. Vol. 17. P. 233-242.

© Алёхин Анатолий Николаевич (termez59@mail.ru), Исагулова Елена Юрьевна (9477877@gmail.com).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»