

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01027&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 01027. Емоційно нестабільний розлад особистості

Автор: Jyrki Korkeila  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2018-09-18

## Основні положення

- Емоційно нестабільний розлад особистості (ЕНРО, також: межовий розлад особистості) є важким станом, що істотно знижує функціональні можливості пацієнта. Розлад характеризується емоційною нестабільністю, утрудненим контролем поведінки, вразливістю до проблем у міжособистісних стосунках та тенденцією глибоко переживати відчуття сорому.
- Поширеність захворювання вища серед молоді, осіб з низьким рівнем освіти та жінок.
- Захворювання часто пов'язане з нанесенням собі порізів, передозуванням наркотиків та іншими актами свідомого самоушкодження без серйозного наміру самогубства.
- Диференційний діагноз з біполярним афективним розладом та порушенням активності уваги може виявитися важким.
- Психотерапія є основним методом лікування.

## Можливі причини захворювання

- На ЕНРО страждає близько 0,7% населення, але ця цифра може досягати 6% серед пацієнтів закладів первинної медичної допомоги, 10% серед пацієнтів амбулаторних закладів психіатричної допомоги та 20% серед пацієнтів психіатричного стаціонару.

- Фактори, що підвищують ризик розвитку розладу є здебільшого тими ж, що пов'язані з іншими психічними розладами та соматичними захворюваннями. Накопичення декількох факторів ризику вказує на підвищену ймовірність розвитку ЕНРО.
- Схильність до розладу є спадковою.
- Постійні негаразди в дитячому віці та проблеми в середовищі, у якому розвивається дитина, часто відіграють прогностичну роль у розвитку захворювання.
- Пацієнт неодноразово вдається до саморуйнівної поведінки, зазвичай, для полегшення емоційного дистресу.

## Діагноз

- Основна відповідальність щодо встановлення діагнозу, лікування та інтеграції лікування лежить на амбулаторному психіатричному закладі, співробітники якого тісно співпрацюють з психіатричними лікарями, закладами первинної медичної допомоги, наркологічними клініками, соціальним сектором та закладами психотерапевтичної допомоги.
- Для діагностики та клінічного обстеження у випадку розладів особистості були розроблені декілька методів напівструктурованих інтерв'ю та шкал самооцінки, які можна використовувати для підтвердження діагнозу в спеціалізованих медичних установах.
- Диференціювати діагноз ЕНРО з біполярним розладом та розладом дефіциту уваги може бути важко
- ЕНРО може передувати розлад дефіциту уваги в дитинстві, ускладнений чинниками середовища.
- Травматичний досвід у дитинстві, імпульсивність і зміни настрою від гніву до тривоги більш поширені серед пацієнтів з ЕНРО, ніж із біполярним розладом.
- ЕНРО часто поєднується з іншими психічними розладами, які потрібно лікувати. Також поширеним є зловживання психоактивними речовинами. Для даного розладу характерною є заплутаність симптомів.

## Лікування

- Лікування потрібно планувати та проводити, доки це можливо, в амбулаторному закладі. Якщо необхідне стаціонарне лікування, перевагу слід надати денному стаціонару.
- Пацієнт з ЕНРО може стати частим відвідувачем закладів медичної допомоги; характер візитів може бути інтенсивним, але вони часто залишаються короткочасними, оскільки пацієнт звертається за медичною допомогою до декількох закладів одночасно.
- Нездатність пацієнта дотримуватись угод створює проблеми у співробітництві та лікуванні соматичних захворювань.
- Згідно спостережень, до 50% пацієнтів закладів первинної медичної допомоги з ЕНРО не отримують належного лікування. Істотна частка осіб з ЕНРО щороку користуються послугами закладів первинної медичної допомоги через соматичні симптоми або хвороби.
- У разі оцінки потреби в лікуванні лікар має розглянути ризик ускладнень розладу: саморуйнівна поведінка, припинення лікування, імпульсивність та тривога.
- Пацієнту потрібно допомогти зрозуміти коротко- та довготривалі наслідки його/її поведінки та різницю між ними; це може активізувати пацієнта та покращити його/її здатність до вирішення проблем.
- Пацієнта потрібно повідомити щодо його діагноз, щоб сприяти його/її самостійності й покращення рівня інформованості та співпраці. Пацієнта потрібно повідомити щодо ймовірної етіології розладу та сучасне розуміння його ефективного лікування.
- Лікування, спрямоване на розуміння, розпізнавання, відчуття та контроль емоцій є також важливим.
- Через ризик погіршення клінічного стану пацієнта та, зокрема, посилення саморуйнівних тенденцій, періоди стаціонарного лікування мають бути якомога краще спланованими. Додаткова підтримка та здатність пацієнта відчувати передбачуваність оточуючого середовища може покращити його/її стан.
- Програми денного стаціонару можуть мати більшу ефективність за традиційне психіатричне лікування.

- Основним методом лікування розладу є психотерапія, зокрема, діалектико-поведінкова терапія, різноманітні когнітивні терапії, методи лікування на основі менталізації та психотерапія з фокусом на перенесенні. Залежно від потреб пацієнта, у різних фазах розладу можна застосовувати різні види лікування.
- Сімейна терапія може бути ефективною. Зустріч з родиною може полегшити тягар, покладений на родичів та зменшити можливі конфлікти родичів з пацієнтом та родичів із закладами лікування. Найпоширенішими проблемами з родинами є труднощі у спілкуванні, труднощі, пов'язані з ворожими реакціями та страх перед самогубством пацієнта.
- Для пацієнтів з важкими симптомами може бути ефективним антипсихотик другого покоління чи протиепілептичний препарат, особливо якщо супутні психічні розлади спричиняють істотні симптоми. Антидепресанти можуть бути особливо корисними для лікування інших супутніх розладів.
- Призначення бензодіазепінів не рекомендується.
- Наміри полегшити дуже різні психіатричні симптоми можуть призвести до недоречної поліпрагмазії.

## Організація лікування

- Основна роль закладів первинної медичної допомоги - виявляти пацієнтів та направляти до закладів спеціалізованої медичної допомоги.
- Якщо у випадку ЕНРО спостерігаються невпевнені спроби нашкодити собі, пов'язані з хронічною саморуйнівною поведінкою, направлення пацієнта до психіатричного стаціонару після спроби самогубства може принести більше шкоди, ніж користі. Стаціонарне лікування може бути показане, якщо спроба самогубства пов'язана з серйозним бажанням померти або важким афективним розладом, або якщо у пацієнта спостерігаються психотичні чи важкі дисоціативні симптоми.
- Оцінювати потребу в фармакотерапії має лікар, що є спеціалістом у даній сфері.
- Поліпрагмазія є типовою для таких пацієнтів, і потрібна консультація вузького спеціаліста, якщо необхідне призначення певного препарату.

## Лікування у закладах первинної медичної допомоги

- Лікування пацієнта з ЕНРО є викликом навіть для дуже досвідченого лікаря та часом навіть може здатися нездоланим.
- Скоріше за все, впродовж свого життя пацієнти часто були знехтуваними та затаврованими і рідко відчували, що їх розуміють.
- Серйозно поставтесь до пережитого пацієнтом та зрозумійте, що він/вона має свої причини сприймати світ саме таким, як він/вона його сприймає.
- Не піддавайтесь на провокації через руйнівну поведінку пацієнта.
- Організуйте пацієнтові регулярні прийоми у лікаря з фіксованим часом, незалежні від нового захворювання.
- Встановіть межі для надокучливої та пригноблюючої поведінки без осудження пацієнта та його/її поведіння.
- Пацієнт завжди сам несе відповідальність за свої вчинки.
- Відкрито обговоріть з пацієнтом різні варіанти лікування, пам'ятайте, що важливо зберігати надію та поставте за мету забезпечення конфіденційних стосунків при лікуванні. Складання відкритої домовленості щодо лікування, де окреслені обов'язки, як лікаря так і пацієнта, може допомогти в здобутті довіри пацієнта.
- Первинною метою лікування пацієнта з поганою прихильністю до терапії є підвищення його/її мотивації до лікування.
- Пацієнти з ознаками соматизації або з багатьма соматичними захворюваннями мають переважно лікуватися в закладах первинної медичної допомоги, як і пацієнти з іпохондрією.
- Консультація психіатра особливо важлива, якщо
  - пацієнт стає тягарем для багатьох соціальних та медичних служб
  - симптоми важко контролювати, але пацієнт не хоче звертатися за спеціалізованою допомогою
  - пацієнт не погоджується на лікування його/її соматичного захворювання
  - важко провести диференційний діагноз; наприклад, для підтвердження діагнозу

- лікування, призначене лікарем загальної практики, не дає очікуваних результатів, або є сумніви в адекватності результатів лікування.

## Прогноз

- Згідно досліджень, прогноз, зазвичай, хороший. Звичайно симптоми зменшуються з наближенням літнього віку, але деякі пацієнти навіть тоді відповідають критеріям якогось іншого розладу особистості.
- Належне лікування призводить до більш швидкого покращення, зменшує саморуйнівну поведінку та підвищує функціональні можливості.
- Приблизно через 10 років лише незначна частка осіб, які отримували лікування, відповідають діагностичним критеріям цього розладу.
- Завершене самогубство вчиняють 3-9% осіб з розладом. Спроби самогубства мають більшу ймовірність успіху, якщо пацієнту більше 30 років.
- Хронічна депресія може залишатись у деяких пацієнтів, як залишковий симптом.

Таблиця Т2. Емоційно нестабільний розлад особистості МКХ-10

Тип розладу	Діагностичні критерії
Імпульсивний F60.30	А. Мають виконуватися загальні критерії для розладу особистості (F60).
	В. Критерій А та щонайменше два з наступних мають бути наявними: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. схильність діяти імпульсивно і без огляду на наслідки</li> <li>2. тенденція до дратівливої поведінки та конфліктів з іншими, особливо якщо імпульсивним діям опираються або їх критикують</li> <li>3. невідворотні спалахи гніву та агресії, з неможливістю контролювати свою поведінку</li> <li>4. труднощі з дотриманням будь-якого плану дій, при випадку якого відсутня негайна винагорода</li> <li>5. нестабільний і примхливий настрій.</li> </ol>
	Примітки <ul style="list-style-type: none"> <li>• Імпульсивний тип характеризується переважно емоційною нестабільністю та відсутністю контролю імпульсів. Спалахи агресії та загрозової поведінки є поширеними, особливо у відповідь на критику оточуючих.</li> </ul>
Межовий тип F60.31	А. Мають виконуватися загальні критерії для розладу особистості (F60).

Тип розладу	Діагностичні критерії
	<p data-bbox="331 320 1273 383">В. Мають бути присутні хоча б три симптоми, із зазначених у критерії В для F60.30 разом щонайменше з двома наступними симптомами:</p> <ol data-bbox="395 405 1246 656" style="list-style-type: none"> <li>1. порушення та відчуття непевності щодо власного уявного образу, внутрішніх уподобань та сексуальної орієнтації</li> <li>2. схильність до розвитку бурхливих та нестабільних стосунків, що часто призводять до емоційної кризи</li> <li>3. надмірні зусилля, щоб уникнути покинутості</li> <li>4. повторні загрози або акти самоушкодження</li> <li>5. хронічне відчуття порожнечі.</li> </ol> <p data-bbox="331 701 443 730">Примітки</p> <ul data-bbox="408 757 1262 987" style="list-style-type: none"> <li>• Декілька характерних ознак емоційної нестабільності присутні у межовому типі. Характерними є порушення власного уявного образу пацієнта, його цілей та внутрішніх уподобань, а також хронічне відчуття порожнечі. Бурхливі та нестабільні стосунки можуть знову і знову призводити до емоційної кризи. Вони можуть бути пов'язані з надмірними зусиллями для запобігання покинутості. Ці кризи можуть призводити до повторних загроз або спроб самогубства чи актів самоушкодження.</li> </ul>

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 01043 |Borderline personality d...\]](#)
- Література [\[пов'язані 01043 |Borderline personality d...\]](#)

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.  
 Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.  
 Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01027    Ключ сортування: 035.035    Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-09-18

Автор(и): Jyrki Korkeila    Редактор(и): Sari Atula    Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe  
 Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd    Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії  
 EBM Guidelines    Psychiatry

Ключові слова індексу  
 Borderline personality disorder    Emotionally unstable personality disorder    Emotional instability    mesh: Emotions  
 mesh: Mental Disorders    mesh: Personality    mesh: Personality Disorders    speciality: Psychiatry    icpc-2: P80    Cutting  
 Psychotherapy    Self-Injurious Behavior    Self-injury    mesh: Overdose    icpc-2: P80