МЕЖОВИЙ РОЗЛАД ОСОБИСТОСТІ: клінічні ознаки, етіологія та стратегії лікування

Характерними ознаками межового розладу особистості є нестабільність настрою, емоційна лабільність, труднощі з побудовою стосунків, порушення функціонування, а також схильність до самоушкоджувальної поведінки. До вашої уваги представлено огляд статті F. Leichsenring et al. «Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies» видання *World Psychiatry* (2024 Feb; 23(1): 4–25), у якій автори надали опис сучасних поглядів на діагностування, клінічні характеристики, чинники ризику та нейробіологічні передумови вказаного розладу.

Уперше визначення «межовий розлад особистості» (МРО) було представлено 1980 р. у Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів третього перегляду (DSM-III); відтоді визначальні критерії цього стану не зазнали змін (DSM-5, 2013). Базовими ознаками МРО вважають нестабільність самооцінки, міжособистісних взаємин та афектів. Інші можливі ознаки згаданого стану — імпульсивність, надмірний гнів, відчуття спустошення, виразний страх бути покинутим, суїцидальна або саморуйнівна поведінка, а також транзиторні параноїдальні думки, пов'язані зі стресом, або тяжкі симптоми дисоціації. Термін «межовий» («bordeline») було введено в психіатричну практику для опису особистісних рис пацієнтів, які демонструють проміжний рівень функціонування, на межі між невротичними та органічними ознаками (Stern, 1938; Knight, 1953). Важливим кроком стала розробка O. Kernberg концепції межової організації особистості (Kernberg, 1967; Gunderson, 2009). Їй притаманні незрілі механізми психологічного захисту (як-от розщеплення або проєктивна ідентифікація, дифузія ідентичності, тобто зміщення уявлень між «усе добре» і «все погано») на тлі глибоко порушених об'єктних стосунків, але переважно збереженого тестування реальності, що відрізняє осіб із межовою організацією особистості від пацієнтів із психотичними розладами (Kernberg, 1967). Важливий внесок зробили R. Grinker et al. (1968), які емпірично визначили чотири ознаки «межового синдрому»: 1) демонстраційний гнів; 2) труднощі в підтриманні близьких стосунків; 3) складнощі із самоідентифікацією; 4) гнітюча самотність, зумовлена депресією. У DSM-III (APA, 1980) було введено визначення «межовий розлад особистості», сформульоване на підставі даних дослідження R.L. Spitzer et al. (1979), які використовували роботи J.G. Gunderson (1975, 1978) та концепцію межової організації особистості O. Kernberg (1967). Визначення передбачало наявність специфічних проблем з ідентичністю та міжособистісними взаєминами, а також притаманні пацієнтам раптові перепади настрою «від одних крайнощів до інших». Результати ранніх досліджень засвідчили, що МРО чітко відрізняється як від шизофренії та депресії (невротичної), так і від інших розладів особистості (Kolb et al., 1980; Kernberg et al., 1981). Протягом наступних більш ніж чотирьох десятиліть проведено безліч досліджень, у яких вивчали діагностування та етіологію МРО (генетичні й нейробіологічні чинники та їх взаємодію, а також несприятливий досвід дитинства), епідеміологію, когнітивні властивості, перебіг розладу та прогноз для пацієнтів, ефективність фармако- та психотерапії (Lieb et al., 2004; Leichsenring et al., 2011; Bohus et al., 2021; Stoffers et al., 2015; Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebo et al., 2020; Leichsenring et al., 2023). Однак розуміння природи МРО є складним як із дослідницького, так і з клінічного погляду. Тому досі тривають дискусії щодо питань концептуалізації цього стану: слід вважати його специфічним розладом особистості або певним рівнем загального порушення її функціонування (Tyrer et al., 2019; Bach et al., 2020; Mulder et al., 2020).

У сфері фармакотерапії також не знайдено послідовних доказів того, що певний психотропний препарат є ефективним щодо основних ознак розладу (Stoffers-Winterling et al., 2022). Відповідно, жоден із лікарських засобів (ЛЗ) не схвалено регуляторними органами для лікування осіб із МРО (Stoffers-Winterling et al., 2022; NICE, CG78, 2009). За даними Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE), фармакотерапія, яку призначають протягом найкоротшого терміну, є виправданою лише за наявності в пацієнта дискретної та виразного тривожного розладу, депресії чи психотичного розладу або за гострих кризових станів (NICE, CG78, 2009). Натомість пріоритетним вибором лікування для осіб із МРО є різні напрями психотерапії, ефективність яких підтверджено даними рандомізованих контрольованих

досліджень (РКД) (Bohus et al., 2021; Storebo et al., 2020; NICE, CG78, 2009). Але це питання також потребує уточнення, адже за даними J. Woodbridge et al. (2022), до 50 % осіб із МРО недостатньо реагують на психотерапію. Дискусії із цього приводу, а також роздуми про те, чи потребують такі пацієнти спеціалізованих або загальних підходів психотерапії, тривають (Fonagy et al., 2017; Laurenssen et al., 2018; Gunderson et al., 2016).

Діагноз і клінічна характеристика

Відповідно до DSM-5, МРО визначається як первазивна модель поєднання нестабільності міжособистісних взаємин, уявлення про себе (образу «Я») та афектів, а також виразної імпульсивності. Така модель зазвичай маніфестує в ранньому зрілому віці, у різноманітних контекстах, на що вказують п'ять або більше з дев'яти критеріїв (APA, 2013) (табл. 1).

Альтернативна багатовимірна модель категоризації МРО за критеріями DSM-5 передбачає наявність помірного або виразнішого порушення у функціонуванні особистості, зокрема труднощі щонайменше у двох із таких сфер: нестабільний образ самого себе (самоідентичність), нестійкі цілі та цінності (самоспрямування), скомпрометована здатність розпізнавати почуття та потреби інших (емпатія) та інтенсивні нестабільні й конфліктні близькі взаємини (емоційна близькість). Крім того, враховують наявність чотирьох або більше із семи таких рис особистості (щонайменше одна з яких передбачає імпульсивність, схильність до ризику або ворожість): емоційна лабільність, тривожність, відчуття незахищеності в разі розлуки, пригнічений настрій, імпульсивність, схильність до до ризикованої поведінки та ворожість. Порушення функціонування особистості та патологічні риси мають бути достатньо первазивними і стабільними в часі (APA, 2013) (табл. 2).

Так, важливим аспектом, не зазначеним для МРО у критеріях DSM-5, є схильність до регресії (тобто емоційні реакції та поведінка, невідповідно віку людини) в нестандартних життєвих ситуаціях, що є однією з причин багатьох труднощів при лікуванні осіб із цим розладом (Skodol et al., 2002). Як зазначають автори огляду, схильність до регресії емпірично підтверджено за допомогою даних неструктурованих психологічних тестів, як-от тест Роршаха або Тематичний апперцептивний тест (TAT) (Singer et al., 1981; Leichsenring, 1990, 1991; Ackerman et al., 1999).

Результати тестування здебільшого демонструють оманливі ідіосинкратичні первинні процеси мислення осіб із МРО, зазвичай пов'язані з активацією захисних механізмів низького рівня та об'єктних стосунків (Leichsenring, 1991; Ackerman et al., 1999; Kernberg, 1976).

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) категоріальну систему розладів особистості було замінено на підхід, подібний до альтернативної моделі згідно з критеріями DSM-5 (WHO, 2019). Серед розладів особистості, опис яких наведено в DSM-5, лише МРО вирізняється унікальністю «специфікатора межового патерну».

Згідно з МКХ-11, завдання клініциста полягає в оцінюванні ступеня тяжкості дисфункції особистості («легкий», «помірний» або «тяжкий»). Стан пацієнта з МРО може бути охарактеризований відповідно до п'яти

Таблиця 1. Критерії межового розладу особистості згідно з DSM-5 (APA, 2013)

	Первазивна модель нестабільності міжособистісних стосунків, самоідентифікації та афектів, а також надмірної імпульсивності, яка проявляється у ранньому зрілому віці в різноманітних контекстах, на що вказує п'ять (або більше) з таких критеріїв:
1	Титанічні зусилля, спрямовані на уникнення реальної чи уявної покинутості
2	Патерн нестабільних і напружених міжособистісних стосунків із чергуванням крайнощів ідеалізації та знецінення
3	Порушення ідентичності – помітне і стабільно нестійке самоусвідомлення або самовідчуття
4	Імпульсивність принаймні у двох сферах, що потенційно може призвести до саморуйнівних наслідків (наприклад, надмірні витрати, ризикована сексуальна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, необачне водіння, переїдання)
5	Повторювана суїцидальна поведінка (спроби та погрози) або самоушкодження
6	Афективна нестабільність через помітну реактивність настрою (наприклад, інтенсивна епізодична дисфорія, дратівливість або тривога, які зазвичай тривають кілька годин і рідко — довше декількох днів)
7	Хронічне відчуття спустошення
8	Невідповідний до ситуації гнів або складнощі з його контролюванням (наприклад, часті ознаки вибуховості, постійна злість, періодичні бійки)
9	Транзиторні пов'язані зі стресом параноїдальні думки або тяжкі симптоми дисоціації

Адаптовано згідно з F. Leichsenring et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024 Feb. Vol. 23, № 1. P. 4–25.

векторів: 1) негативна афективність; 2) відстороненість; 3) дисоціальність; 4) розгальмованість; 5) обсесивність.

Хоча в клінічних умовах більшість пацієнтів із МРО можуть будуть визнані такими, що мають тяжкий розлад особистості. МКХ-11 допускає виокремити осіб, у яких деякі сфери функціонування є відносно менш ураженими, а отже, визначити цей стан як помірний розлад особистості (Bach et al., 2018).

За критеріями МКХ-11, специфікатор межового патерну можна застосовувати за наявності п'яти з таких ознак:

1. Відчайдушні зусилля, спрямовані на уникнення реальної чи уявної покинутості.
2. Нестабільні міжособистісні стосунки із чергуванням крайнощів ідеалізації та знецінення.
3. Порушення ідентичності, що є нестійким самоусвідомленням.
4. Схильність до необдуманих дій у стані виразного негативного афекту, що призводить до потенційно саморуйнівної поведінки.
5. Повторювані епізоди самоушкодження.
6. Емоційна нестійкість внаслідок виразної реактивності настрою (емоційна неврівноваженість).
7. Хронічне відчуття спустошеності.

Таблиця 2. Критерії межового розладу особистості згідно з альтернативною моделлю, що відповідає DSM-5 (APA, 2013)

А	**Помірне або виразне порушення функціонування особистості, ознаками якого є характерні труднощі в двох або більше з таких чотирьох сфер:**
1	Ідентичність: помітно збіднене, погано розвине або нестабільне самоуявлення (образ «Я»), часто пов'язане з надмірною самокритичністю, хронічним відчуттям спустошеності; дисоціативні стани в умовах стресу
2	Самоорганізація: нестабільність цілей, прагнень, цінностей або кар'єрних планів
3	Емпатія: порушена здатність розпізнавати почуття та потреби інших, пов'язана з міжособистісною гіперчутливістю (схильністю відчувати себе зневаженим або ображеним); сприйняття інших вибірково упереджене щодо негативних якостей або вразливостей
4	Близькість: інтенсивні нестабільні та суперечливі близькі взаємини, для яких характерні недовіра, тривожна стурбованість щодо справжньої чи уявної покинутості; близькі стосунки часто розглядаються в крайнощах ідеалізації та знецінення з балансуванням між надмірною залученістю та відстороненням
Б	**Чотири або більше з таких семи патологічних рис особистості (принаймні одна з яких має відповідати пунктам 5, 6 або 7):**
1	Емоційна лабільність: нестійкі емоційні переживання і часта зміна настрою; легка емоційна збудливість, емоції інтенсивні та/або не відповідають подіям і обставинам
2	Тривога: інтенсивне почуття знервованості, напруги або паніки, часто у відповідь на міжособистісні стреси; занепокоєння щодо негативних наслідків неприємного досвіду в минулому та майбутніх негативних можливостей; почуття страху, неспокою або загрози через невизначеність; страх дезінтеграції або втрати контролю
3	Відчуття незахищеності в разі розлуки: страх бути відторгненим іншими значимими особами (та/або бути розлученим із ними), пов'язаний зі страхом надмірної залежності та повної втрати автономії
4	Схильність до депресії: часте відчуття пригніченості, жалюгідності та/або безнадійності; труднощі з відновленням після таких настроїв; песимізм щодо майбутнього; всепроникний сором; почуття неповноцінності; думки про самогубство та суїцидальна поведінка
5	Імпульсивність: миттєва дія у відповідь на безпосередні подразники; стрімкі дії без плану чи обмірковування результатів; труднощі в складанні або дотриманні планів; почуття невідкладності та саморуйнівна поведінка в умовах емоційного стресу
6	Схильність до ризику: участь у небезпечній, ризикованій і потенційно шкідливій для себе діяльності без потреби та урахування наслідків; недостатня стурбованість щодо власних обмежень та заперечення реальності особистої небезпеки
7	Ворожість: постійний або частий гнів; злість або дратівливість у відповідь на незначні подразники та образи

Адаптовано згідно з F. Leichsenring et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024 Feb. Vol. 23, № 1. P. 4–25.

Таблиця 3. Критерії межового розладу особистості відповідно до МКХ-11 (WHO, 2019)

Специфікатор межового розладу може бути застосований за умови, якщо модель особистісного розладу характеризується первазивною нестабільністю міжособистісних взаємин, уявлень та афектів, а також помітною імпульсивністю, на що вказують п'ять (або більше) з ознак:
Відчайдушні зусилля, спрямовані на уникнення реальної чи уявної покинутості
Модель нестабільних і напружених міжособистісних стосунків із чергуванням крайнощів ідеалізації та знецінення, переважно пов'язана як із сильним прагненням, так і зі страхом близькості та інтимності
Порушення ідентичності, ознаками чого є помітна і стійка нестабільність образу власного «Я» або самовідчуття
Схильність до необдуманих дій у стані виразного негативного афекту, що зумовлює потенційно саморуйнівну поведінку (ризикована сексуальна поведінка, необачне водіння, надмірне вживання алкоголю чи психоактивних речовин, переїдання)
Повторювані епізоди самоушкодження (суїцидальні спроби або наміри)
Емоційна нестабільність у вигляді виразної реактивності настрою. Коливання настрою можуть бути викликані як внутрішніми (наприклад, власними думками), так і зовнішніми подіями. Як наслідок, особа відчуває інтенсивну дисфорію, яка зазвичай триває кілька годин (іноді до кількох днів)
Хронічне відчуття спустошеності
Не відповідний до ситуації інтенсивний гнів або труднощі з його контролюванням, що часто має проявляється як лемент або крики, кидання або ламання речей, участь у бійках
Транзиторні дисоціативні симптоми або психотичні ознаки (короткочасні галюцинації, параноя) в ситуаціях виразного емоційного збудження
Іншіо знаки, не всі з яких можуть бути наявними в окремої особи на поточний момент: • переконання про власну неадекватність, відчуття провини, огиди, презирства до себе; • глибоке відчуття своєї «інакшості» та ізольованості від інших; болісне відчуття відчуженості та всепроникної самотності; • схильність до відторгнення, гіперчутливість; труднощі у встановленні та підтримці постійного і належного рівня довіри в міжособистісних взаєминах; часте невідповідне до ситуації тлумачення соціальних сигналів

Адаптовано згідно з F. Leichsenring et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*. 2024 Feb. Vol. 23, № 1. P. 4–25.

8. Демонстративний прояв гніву чи труднощі з його контролюванням і тимчасові дисоціативні / психотичні реакції.

Із-поміж інших симптомів можливими є уявлення про власну неадекватність, відчуття своєї надмірної «інакшості» та ізоляції від інших, схильність до відчуження, гіперчутливість (табл. 3).

На думку окремих дослідників щодо опису клінічних ознак МРО за допомогою п'ятифакторної моделі особистості, для неї характерні: високий рівень невротизму (тривожність, гнівна ворожість, пригнічений настрій, імпульсивність, вразливість) і відкритості (висока відкритість для почуттів і дій), а також низький рівень компромісності (принциповість) і усвідомленості (недостатня поміркованість) (Costa et al., 1992; Lynam et al., 2001; Trull et al., 2023).

Альтернативний погляд на визначення концепції МРО зосереджено на основних аналітичних ознаках психопатології: більшість дослідників погоджуються, що характеристиками, які відображають суть цього розладу, є емоційна і поведінкова дисрегуляція, імпульсивність, а також міжособистісна гіперчутливість (Trull et al., 2023).

M. Cavelli et al. (2021) зазначають, що згідно з дев'ятьма критеріями DSM-5 і діагностичним порогом із п'яти позитивних ознак теоретично є 256 можливих варіантів відповідності стану МРО. Отже, попри концептуальну узгодженість, вказаний розлад є гетерогенним феноменом (Sanislow et al., 2002; Oldham, 2006).

За допомогою кластерного аналізу M.L. Smits et al. (2017) описали три окремі типи розладу: 1) великий (з «основними» ознаками МРО); 2) екстравертний / екстерналізований (із високим рівнем нграних, нарцисичних та антисоціальних рис); 3) обмежений підтип (із виразними шизотиповими та параноїдальними ознаками).

Автори огляду наголошують, що всупереч обережного підходу до діагностування МРО у підлітків, нині можливість верифікації згаданого діагнозу вже не викликає дискусій. На думку A. Chanen et al. (2017), раннє виявлення МРО (або підпорогових ознак розладу) може забезпечити своєчасне терапевтичне спрямування, зменшуючи індивідуальні страждання осіб молодого віку та суспільні витрати в майбутньому. Раніше аргументами проти встановлення діагнозу МРО у віці до 18 років вважалися випадки афективної нестабільності та вразливість самоусвідомлення підлітків, а також потенційна шкода стигматизації. Але нині визнано консенсус щодо доцільності раннього діагностування МРО в осіб молодого віку, що також відображено в МКХ-11 і DSM-5, де віковий поріг встановлення діагнозу знижено (APA, 2013; WHO, ICD-11). Так, в одному з досліджень на рівні громади, проведеному в США, виявлено точкову поширеність розладу серед підлітків (до 1 %) і кумулятивну поширеність (до 3 %) серед молоді віком до 22 років (Johnson et al., 2008). Однак, як і серед дорослих, показники частоти МРО в амбулаторних і стаціонарних психіатричних закладах були значно вищі (Ha et al., 2014; Levy et al., 1999).

Зважаючи на вікові особливості згаданого розладу, F. Leichsenring et al. (2024) зазначають, що у літніх пацієнтів із МРО ознаки стану більшою мірою пов'язані із симптомами депресії, відчуттям спустошеності та скарг на соматичні симптоми. Крім того, емоційна дисрегуляція, нестабільність міжособистісних взаємин, демонстраційний гнів і нестійкість прихильностей зберігаються, тоді як виразність імпульсивності та порушення ідентичності зменшуються (Winsper, 2021; Beatson et al., 2016).

Водночас схильність до саморуйнації може набувати інших форм, як-от недотримання режиму медичних призначень або неправильне приймання ліків (Beatson et al., 2016). Так, за даними спостережень, упродовж життя особи з МРО зазвичай мають супутні розлади настрою (83 %), тривожні розлади (85 %), стани, пов'язані із вживанням психоактивних речовин (ПАР) (78 %) та інші розлади особистості (53 %) (Grant et al., 2008; Tomko et al., 2014; Shah et al., 2018).

Поєднання МРО та біполярного афективного розладу (БАР) I або II типу виникає у 10–20 % пацієнтів із будь-яким із цих станів (Gunderson et al., 2018; Zimmerman et al., 2013). Однак F. Leichsenring et al. (2024) наголошують, що всупереч частому поєднанню МРО з великим депресивним розладом (ВДР) або БАР, встановлення додаткового діагнозу МРО не є виправданим під час епізоду вказаних розладів за недостатності доказів того, що типові ознаки МРО зберігаються протягом тривалого часу. Серед осіб із розладами дефіциту уваги та гіперактивністю частота МРО протягом життя сягає 37,7 % (Bernardi et al., 2012). Поєднання МРО з розладами харчової поведінки становить із середньою частотою 6 % — для нервової анорексії, 10 % – для нервової булімії та 22 % — для інших станів (Shah et al., 2018). Серед осіб із МРО у 30 % було діагностовано посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а у 24 % осіб із ПТСР — МРО (Pagura et al., 2010).

F. Leichsenring et al. (2024) вказують на наявність значного перекриття характеристик МРО та комплексного ПТСР, представлених у МКХ-11, адже обом розладам притаманні порушення щодо регуляції афектів, самоусвідомлення та міжособистісних взаємин. Проте доведено можливість емпіричної диференціальної діагностики кожного з розладів (Cloitre et al., 2014; Karatzias et al., 2023). Труднощі в регуляції афекту за комплексного ПТСР є его-дистонічними, стресор-специфічними та варіюють за часом. У разі МРО ці ознаки переважно є его-синтонічними та стійкими. На відміну від нестабільної «Я»-концепції за МРО, особи з комплексним ПТСР мають стійке негативне самоусвідомлення. Зрештою, виразні реакції імпульсивності, суїцидальної та саморуйнівної поведінки, властиві МРО, не характерні для комплексного ПТСР (Karatzias et al., 2023). Високі рівні коморбідності можуть бути артефактним наслідком категоріального підходу до оцінювання психічних розладів, що підтверджується суттєвим перекриттям між МРО та психопатологією загалом (так званий «p-factor») (Sharp et al., 2015, 2021; Caspi et al., 2018; Gluschkoff et al., 2021).

На думку P. Luyten et al. (2020), таке перекриття може пояснювати не лише високу коморбідність, асоційовану з МРО, але й значний негативний вплив розладу на функціонування. F. Leichsenring et al. (2024) вважають, що надійними методами діагностування МРО є проведення напівструктурованих інтерв'ю (First et al., 2016, 2018; Zanarini et al., 1996, 2003; Clarkin et al., 2016). Крім того, можна використовувати опитувальники для самооцінювання та проєктивні методики, як-от тест Роршаха або ТАТ, особливо для визначення рівня функціонування особистості (Skodol et al., 2002; Singer et al., 1981; Leichsenring, 1991; Ackerman et al., 1999; Gunderson et al., 2018). Залишається актуальною також розробка чутливих психодіагностичних інструментів для оцінювання МРО в осіб похилого віку (Beatson et al., 2016).

Динаміка симптомів

За твердженням J.G. Gunderson et al. (2018), ознаки МРО протягом життя, імовірно, є менш стабільними, ніж зазвичай вважалося. Це підтверджують дані численних і різних за тривалістю досліджень, які свідчать про значний рівень поліпшення стану та відносно низькі показники рецидивів серед осіб із МРО (Gunderson et al., 2018; Zanarini et al., 2010). Так, за даними 10-річного проспективного дослідження, 50 % пацієнтів із МРО досягли стану «одужання» (тобто симптоматичної ремісії та належного рівня соціального і професійного функціонування протягом останніх двох років), при цьому у 93 % із них симптоматична ремісія тривала два роки, а у 86 % осіб — чотири роки (Zanarini et al., 2010). Водночас, як зазначають дослідники, 34 % осіб у майбутньому втратили набутий

статус «одужання», а 30 % пацієнтів вийшли зі стану ремісії після поліпшення загального функціонування впродовж двох років (Zanarini et al., 2010). Більшість осіб, які брали участь у дослідженні, отримували медикаментозне лікування або психотерапію, тому наведені показники ремісії не можуть відображати природний перебіг МРО (Zanarini et al., 2011).

У метааналізі даних досліджень із тривалим спостереженням за станом осіб із МРО (≥ 5 років) було описано середню частоту ремісії 60 % на тлі високої гетерогенності аналітичних даних (I^2 = 80,9 %) (Alvarez-Tomas et al., 2019). Статус «одужання» (тобто симптоматична ремісія і належне соціальне та повне професійне функціонування) було досягнуто у 39 % пацієнтів із МРО порівняно з 73 % за інших розладів особистості (Zanarini et al., 2018). Особам із МРО притаманне гірше соціальне функціонування, ніж пацієнтам з іншими психічними розладами, зокрема ВДР та інші розлади особистості (Skodol et al., 2002; Hastrup et al., 2019). Лише 16 % осіб із МРО перебувають у шлюбі або проживають із партнером; їхнє соціальне функціонування часто є нестабільним і вкрай залежним від симптомів розладу (Zanarini et al., 2005, 2011; Skodol et al., 2005). Зміни в особистісних рисах (визначених за п'ятифакторною моделлю) супроводжуються змінами психопатологічних ознак МРО, але не навпаки (Warner et al., 2004). Риси особистості за МРО є більш нестабільними, ніж у пацієнтів з іншими розладами особистості, що акцентує на фенотипі «сталість нестабільності» (Hopwood et al., 2009).

Особливістю, яка вирізняє симптоми МРО, є тенденція до послаблення їх виразності із часом, що, імовірно, частково може пояснюватися особливостями темпераменту (Zanarini et al., 2007). Проте можливості психодіагностики можуть бути недостатньо чутливими для виявлення змін щодо симптоматики в літніх осіб (із виразнішими ознаками депресії, відчуттям спустошеності та скаргами на соматичні симптоми) (Winsper et al., 2021; Beatson et al., 2016).

Епідеміологія

Дані щодо середнього віку маніфестації МРО варіюють, але ознаки розладу зазвичай стають помітними в ранньому зрілому віці (APA, 2013). У загальній популяції дорослих осіб показники поширеності МРО становлять 0,7–2,7 % (Eaton et al., 2018; Ellison et al., 2018). Тоді як у закладах первинної медичної допомоги, психіатричних амбулаторних і стаціонарних установах рівень поширеності МРО становить 6, 11–12 і 22 % відповідно (Ellison et al., 2018; Zimmerman et al., 2023).

За даними амбулаторних закладів психіатричної допомоги, було виявлено значно вищі показники захворюваності у жінок порівняно з чоловіками (72 проти 28 %) (Zimmerman et al., 2023). Крім того, описано ґендерні відмінності щодо супутніх станів: чоловіки з МРО частіше зловживали ПАР та мали дисоціативний розлад особистості, тоді як жінки – афективні, тривожні розлади, розлади харчової поведінки, а також ПТСР (Sansone et al., 2011). Рівень смертності внаслідок самогубств вищий в осіб із МРО, ніж серед пацієнтів з іншими розладами особистості (5,9 проти 1,4 %) (Temes et al., 2019). Ці результати узгоджуються з даними метааналізу, відповідно до якого протягом 5–14 років спостереження середня частота суїцидів серед осіб із МРО становила до 4 % (Alvarez-Tomas et al., 2019). При цьому спроби самогубства зафіксовано у понад 75 % осіб із МРО (Black et al., 2004). Пацієнти з МРО частіше страждають на супутні ендокринні, респіраторні, серцево-судинні та інфекційні захворювання (як-от ВІЛ-інфекція, вірусний гепатит) (Schneider et al., 2019; Tate et al., 2022). У них значно підвищені показники смертності від причин, не пов'язаних із суїцидом: упродовж 24 років спостереження померли 14 % осіб із МРО і 5,5 % пацієнтів із розладами особистості без МРО (Temes et al., 2019).

Встановлено, що особи з МРО помирають у середньому на 14–32 роки раніше, ніж представники загальної популяції (Temes et al., 2019). За даними деяких досліджень втрати років життя є меншими (6–7 років) і частіше притаманні чоловікам (Schneider et al., 2019). Ці дані свідчать, що особи з МРО потребують обов'язкових регулярних медичних оглядів (NHMRC, 2013). Як зазначають дослідники, збільшення частоти порушень стану здоров'я і пов'язана з цим вища смертність можуть відображати як нездоровий спосіб життя, так і більш пряму нейробіологічну дисрегуляцію стресу та імунної системи за МРО, пов'язану з високим рівнем ранніх небажаних ускладнень. На думку окремих фахівців, хронічні фізичні захворювання можуть бути тісно пов'язані з «незрілістю» особистості, яскравим прикладом чого слугує МРО(Cloninger, 2013). Вказаний розлад пов'язаний з інтенсивним лікуванням і суспільними витратами, що перевищують витрати за тривожних розладів і депресії, цукрового діабету, епілепсії та хвороби Паркінсона (Gunderson et al., 2018; Hastrup et al., 2019; Schneider et al., 2019; Wagner et al., 2013). F. Leichsenring et al. (2024) наголошують, що МРО є серйозною проблемою системи громадської охорони здоров'я.

Чинники ризику

Нині існує гіпотеза про те, що формування МРО передбачає взаємодію генетичних чинників і несприятливого досвіду дитинства з подальшим впливом на розвиток мозку внаслідок зміни гормонального статусу та нейропептидів (Gunderson et al., 2018; Torgersen et al., 2008). Вважається, що несприятливий досвід дитинства модулює експресію генів, створюючи передумови формування стабільних рис особистості, притаманних МРО (Gunderson et al., 2018).

За даними популяційного дослідження, здійсненого в Швеції, чинники спадковості у формуванні МРО є досить значущим і може сягати 46 %, а ризик діагностування розладу в рідних братів і сестер пацієнта підвищений у 4,7 раза (Skoglund et al., 2021). Коефіцієнт ризику в однояйцевих близнюків становить 11,5 (95 % довірчий інтервал [ДІ] 1,6–83,3). Однак досі не ідентифіковано однонуклеотидного поліморфізму, асоційованого з МРО, хоча отримано окремі докази генетичного перекриття між МРО та БАР, ВДР і шизофренією (Trull et al., 2023; Witt et al., 2017). Висновки епігенетичних досліджень засвідчили суперечливі результати, часто обмежені малим розміром вибірок (Trull et al., 2023; Gescher et al., 2018). Як зазначають дослідники, несприятливий досвід дитинства, зокрема фізичне, сексуальне та емоційне насильство й занедбаність (нехтування), значною мірою пов'язаний із розвитком передумов МРО (Stepp et al., 2016; Porter et al., 2020).

Відповідно до цих висновків, МРО асоціюється з високим рівнем формування дезорганізованих і невизначених моделей прихильності (Fonagy et al., 2016).

Окремі дослідники вказують на те, що формування межових рис особистості може бути пов'язане зі значним негативним досвідом у 12-річному віці (Belsky et al., 2012). При цьому вплив такого ефекту виразніший у родинах з обтяженим психічним анамнезом. Але всупереч зв'язку підвищеного ризику МРО із численними психосоціальними чинниками, зокрема недбале поводження, вказані патерни, ймовірно, не є специфічними саме для цього розладу особистості (Stepp et al., 2016).

Вважається, що спадкові та екологічні чинники ризику незалежно та поєднано впливають на етіологічні передумови МРО. Цей факт підтверджено даними досліджень кластерної спадковості клінічно діагностованого МРО, згідно з якими описано значущий вплив (до 54 %) нероздільних, індивідуально унікальних чинників (Skoglund et al., 2021). Є багато доказів на користь того, що формування МРО пов'язане як із ранніми, так і пізнішими проблемами в житті, що закріплює формування хибних міжособистісних циклів. Прикладом може бути високий рівень повторної віктимізації в романтичних стосунках і стосунках жертви-кривдника з однолітками, що підвищує рівень недовіри та призводить до соціальної ізоляції (Vanwoerden et al., 2019; Fonagy et al., 2022; Wertz et al., 2020; Senberg et al., 2023; Lyons-Ruth et al., 2021). Соціальна депривація та суспільна нерівність можуть підвищувати ризик формування МРО на тлі високого рівня недовіри, а також чутливості до соціального відторгнення та несправедливості в осіб із МРО (O'Donoghue et al., 2023; Cavicchioli et al., 2020; Lis et al., 2018). Це свідчить про необхідність розгляду вразливості щодо розвитку МРО в широкій соціально-екологічній перспективі та в межах транзакційного аналізу (Fonagy et al., 2016, 2022).

Нейробілогічні основи

За попередніми висновками, на підставі даних низки досліджень було ідентифіковано декілька зон головного мозку та нейротрансмітерів, зміни реактивності яких, імовірно, створюють біологічні передумови МРО. Проте ці висновки лише частково підтверджені даними метааналізів. Висловлено припущення, що нейроендокринною основою порушень стресової реакції за МРО є дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі зі зміною рівня кортизолу (Thomas et al., 2019). Результати аналізу даних п'яти дослідженьзасвідчили, що вивільнення вказаного гормону за умов психосоціальних викликів в осіб із МРО є зниженим порівняно зі здоровою популяцією та пацієнтами з іншими розладами особистості (Drews et al., 2019). Але лишається невизначеним, чи пов'язані зміни функціонування ГГН осі власне з МРО, чи, радше, цей стан може бути наслідком травматичного впливу, притаманного багатьом психічним розладам (Thomas et al., 2019). Втім, дані досліджень узгоджуються з гіпотезою алостатичного навантаження, за якою послаблена стресова реакція з вивільненням кортизолу при МРО відображає компенсаторне зниження регуляції внаслідок дистресу (Leichsenring et al., 2024). В одному з недавніх метааналізів було продемонстровано зменшення рівня окситоцину в жінок із МРО, що узгоджується з поточними уявленнями про роль вказаного гормону у формуванні прихильності та соціальному пізнанні (Ferreira et al., 2022). Однак оцінені в метааналізі дані досліджень відзначалися помірною гетерогенністю, а отримані результати не виявили суттєвих відмінностей від інших розладів особистості. Так, за висновками альтернативного спостереження, введення екзогенного окситоцину пацієнтам із МРО зумовлювало суперечливі та парадоксальні ефекти (Peled-Avron et al., 2020).

Обґрунтованою з погляду функціонування нейронних мереж (нейрофункціональності) дотепер вважалася гіпотеза розвитку МРО, яка описує фронто-лімбічний дисбаланс із порушенням регуляції емоцій внаслідок гіперактивності лімбічних структур (мигдалини, гіпокампа й передньої поясної звивини) та аномальним функціонуванням префронтальної кори (Brendel et al., 2005). Проте ці висновки недостатньо підтверджені даними нейровізуалізаційних досліджень (Button et al., 2013).

Важливим метааналітичним результатом досліджень із застосуванням методів нейровізуалізації при МРО є свідчення про гіперактивність мигдалини та зони гіпокампа, отримані під час експериментів з емоційною обробкою в пацієнтів із цим розладом (Schulze et al., 2016, 2019; Degasperi et al., 2021). Така гіперактивність, імовірно, супроводжується порушенням толерантності мигдалеподібного тіла до повторюваного впливу негативних стимулів (Koenigsberg et al., 2014; Bilek et al., 2019; Kamphausen, 2013; Hazlett et al., 2012; Denny et al., 2018; Krause-Utz et al., 2016). Крім того, у попередніх метааналізах повідомлялося про зменшення об'єму гіпокампа та мигдалини в разі МРО (Ruocco et al., 2012; Nunes et al., 2009).

Дані комплексного метааналізу J. Lou et al. (2021) спростували ці висновки, акцентуючи на відсутності передбачуваних змін сірої речовини. Нещодавнє уявлення про виняткову роль мигдалеподібного тіла в емоційних реакціях, розпізнаванні суб'єктивних небезпек та обробці негативних емоцій було дещо спростоване доказами незначної участі мигдалини в прогнозуванні суб'єктивних оцінок страху (Taschereau-Dumouchel et al., 2020).

Заслуговує також на особливу увагу теза про те, що активність цієї структури мозку суттєво корелює з переживанням позитивних емоцій і може відповідати за визначення значущості стимулу (тобто його виокремлення з-поміж інших), ніж за оцінку загрози (Lindquist et al., 2016; Visser et al., 2021). Нові дані про роль мигдалини як «центру страху» мозку продемонстрували суперечливість цих поглядів на участь цієї формації в обробці загроз, тому висновки про зв'язок між негативними емоційними переживаннями та гіперактивністю мигдалини не є безапеляційними (Fullana et al., 2016, 2018; Sicorello et al., 2021). У низці досліджень, у яких у стані спокою вивчали передбачувані зміни та зв'язок між елементами кори та лімбічної системи при МРО, отримано суперечливі дані щодо гіпотези фронто-лімбічного дисбалансу (Amad et al., 2017, 2019; Visintin et al., 2016). Переважно результати нейровізуалізаційних досліджень не є специфічними щодо МРО та, ймовірно, віддзеркалюють трансдіагностичні чинники психопатології або жорстокого поводження в дитинстві (Schulze et al., 2019; Sprooten et al., 2017; Bilek et al., 2019; Sicorello et al., 2021; Hein et al., 2017; Heany et al., 2018). Є дані досліджень, що вказують

на можливу роль у формуванні МРО порушень у скроневотім'яному з'єднанні, яке, імовірно, відіграє вирішальну роль у диференціації себе від інших (Van Schie et al., 2021). Така дисфункція може спричиняти труднощі з дихотомією усвідомлення себе та інших (дифузія ідентичності), що спостерігається в осіб із МРО. Однак невеликий обсяг таких даних не дає змоги зробити переконливі висновки. Попри гіпотези потенційного біологічного підґрунтя у формуванні МРО, нині не існує описів інтегрованої та емпірично підтвердженої нейробіологічної моделі цього розладу.

Соціальне пізнання та нейрокогнітивні процеси

Останнім десятиліттям дані емпіричних досліджень із соціального пізнання розширили уявлення про характер міжособистісної та емоційної дисфункції в осіб із МРО. На думку дослідників, для цього розладу характерні відносно серйозні порушення менталізації, тобто здатності розуміти себе та інших на основі переважно афективноорієнтованої обробки соціальної інформації за зовнішніми сигналами (Hanegraaf et al., 2021). У систематичному огляді даних досліджень соціального пізнання на основі чотирьох метааналізів вивчали базові (точність розпізнавання емоцій і час реакції) та складніші (розуміння психічних станів та остракізму) особливості менталізації осіб із МРО по відношенню до інших. Пацієнти з МРО демонстрували знижену точність розпізнавання емоційного виразу обличчя інших порівняно зі здоровими добровольцями, зі значущим помірним розміром ефекту g = -0,41 (95 % ДІ від -0,57 до -0,25; I^2 = 21 %) (Hanegraaf et al., 2021). У метааналізі D. Kaiser et al. (2016) є докази упередженості уваги осіб із МРО до негативних і особисто значущих негативних слів, але неупередженої уваги до мімічних стимулів. Також описано виразну чутливість до соціального відторгнення (остракізму) в осіб із МРО. Результати цих експериментальних досліджень узгоджуються з висновками інших метааналізів, у яких ідеться про глибоку стурбованість передбачуваним соціальним відторгненням у пацієнтів із МРО, оцінену за самозвітами, порівняно з контрольною групою добровольців (Cavicchioli et al., 2020; Foxhall et al., 2019; Gao et al., 2017). Після сприйняття соціальної ізоляції особи з МРО відчували значно більше негативних емоцій і повідомляли про відчуття більшої загрози індивідуальним потребам порівняно зі здоровими добровольцями (g = 1,13; 95 % ДІ 0,67–1,59) (Hanegraaf et al., 2021). У межах іншого метааналітичного спостереження отримано докази більшої різниці щодо негативної емоційності осіб із МРО після активації соціальних взаємин (d = 1,00; 95 % ДІ 0,76–1,25; I^2 = 78 %), ніж на тлі соціального відчуження (d = 0,68; 95 % ДІ 0,57–0,80; I^2 = 68 %), порівняно зі здоровими добровольцями (Cavicchioli et al., 2020). Проте результати окремих досліджень вирізнялися значною неоднорідністю.

На думку F. Leichsenring et al., одним із пояснень помітної нестабільності в близьких взаєминах осіб із МРО може бути одночасно спотворене сприйняття як соціальної ізоляції, так і залученості (інклюзії). M. Smith et al. (2020) отримали додаткові дані підтвердження значної кореляції розладу як із тривогою прив'язаності (r = 0,48; I^2 = 77 %), так і з її уникненням (r = 0,30; I^2 = 74 %). В основі МРО може бути поєднання обох форм труднощів із прив'язаністю.

Це узгоджується з припущенням, що МРО (особливо за тяжкого перебігу) пов'язаний із дезорганізацією системи прив'язаності, ознаками чого є виразні цикли «відсторонення-переслідування» в тісних міжособистісних стосунках (Khoury et al., 2019; Luyten et al., 2021). У метааналізі даних експериментальних досліджень L. Hanegraaf et al. (2021) за допомогою завдань на основі Моделі психічного стану людини (Theory of Mind) встановлено, що пацієнти з МРО значно гірше, ніж здорові представники груп контролю, розуміють психічний стан інших осіб (g = -0,45; 95 % ДІ від -0,75 до -0,16) (Choi-Kain et al., 2008). Ці висновки значною мірою узгоджуються з результатами інших метааналізів даних досліджень із використанням завдань на основі Моделі психічного стану людини, попри високий рівень гетерогенності описів (I^2 = 64–85 %) (Richman et al., 2015; Johnson et al., 2022). Виявлено значні порушення психологізації, оцінені за даними самозвітів (d = 1,84; 95 % ДІ 1,64–2,04; I^2 = 0 %), а також виразну кореляцію між дефіцитом психологізації в осіб із МРО щодо власного «Я», оціненим за емоційним самоусвідомленням або алекситимією (r = 0,52; 95 % ДІ 0,41–0,61) (Bora et al., 2021; Derks et al. 2017). В іншому метааналізі отримано докази ролі гіперпсихологізації при МРО (r = 0,26; 95 % ДІ 0,12–0,39), що, однак, було зіставним з іншими психічними розладами (McLaren et al., 2022). F. Leichsenring et al. зауважують, що описані результати, ймовірно, свідчать не лише про взаємозв'язок МРО та загального дефіциту психологізації, але й відображають специфічний дисбаланс, який може мати вигляд як недостатньої, так і надмірної помисливості (психологізація). Така інтерпретація узгоджується з результатами досліджень, за якими можна припустити, що МРО асоціюється з переважанням автоматичної, спричиненої афектом і значною мірою зовнішньою психологізацією. При цьому наявність більш контрольованої внутрішньої психологізації, особливо в умовах надмірного збудження, є малоймовірною (Luyten ett al., 2020). Дані метааналізу за участю 3 тис. 543 осіб засвідчили, що ознаки МРО були пов'язані з менш частим використанням адаптивних стратегій регулювання емоцій (когнітивної переоцінки, розв'язання проблем і прийняття ситуації) і більш частим залученням дезадаптивних моделей (як-от супресія, румінація та уникнення) (Daros et al., 2019). Роль румінації як дисфункціональної стратегії регуляції емоцій при МРО підтверджена даними двох метааналізів (Cavicchioli et al., 2022; Richman Czégel et al., 2022). Є попередні докази щодо таких особливостей в осіб із МРО, як негативна самооцінка (Hanegraaf et al., 2021; Winter et al., 2017), недостатня схильність до співпраці / довіри (Lazarus et al., 2014; Fertuck et al., 2018), порушена ідентифікація «Я/інший» (De Meulemeester et al., 2021), порушена інтероцепція (сприйняття сигналів тіла) (Löffler et al., 2018) та розщеплення свідомості (Fertuck et al., 2018). Значущими щодо нейрокогнітивних дисфункцій були труднощі з прийняттям рішень (d = -1,41; 95 % ДІ від -0,91 до -1,91), порушення пам'яті (d = -0,57; 95 % ДІ від -0,64 до -0,58) та виконавчого функціонування (d = -0,54; 95 % ДІ від -0,64 до -0,43) (Bateman et al., 2015).

Підготувала ***Наталія Савельєва-Кулик***

Продовження читайте в наступному номері