

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2016 წლის 22 ნოემბრის №1სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 24 მარტის №01-66/ო ბრძანებით

## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია  
(გაიდლაინი)

მომზადდა ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში.

# სარჩევი

<u>მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო</u>	<u>5</u>
შესავალი	5
პრობლემის აქტუალობა	5
მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	5
გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები	5
გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა	6
გაიდლაინის მიღების წყარო	6
პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები	6
<u>მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა</u>	<u>7</u>
დიაგნოზი	7
კომორბიდობა	12
დიაგნოსტიკის კულტურალური ფაქტორები	12
დიფერენციალური დიაგნოზი	12
ეპიდემიოლოგია	14
განვითრება და მიმდინარეობა	15
რისკი და პროგნოზული ფაქტორები	15
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შედეგები	16
ეტიოლოგია	16
გენეტიკური ფაქტორები	17
ნეიროტრანსმიტერული თეორია	17
ნეირობიოლოგია	18
ფსიქოსოციალური ფაქტორები	18
მიჯაჭვულობის პროცესი	19
<u>მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა</u>	<u>20</u>
ფარმაკოლოგიური მკურნალობა	20
საშუალო ხანგრძლივობის და გრძელვადიანი მკურნალობა	21
ანტიფსიქოზური პრეპარატები	21
ანტიდეპრესანტები	21
გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები	22
აფექტური დისრეგულაციის სიმპტომების მკურნალობა	22
იმულსური-არაკონტროლირებადი ქცევის მკურნალობა	24
კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომების მკურნალობა	26
მედიკამენტური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები	27
ფსიქოლოგიური ინტერვენცია	27
ფსიქოლოგიური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები	32
<u>მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მართვა</u>	<u>33</u>
შეფასება	33
	2

თერაპიული გარემოს შექმნა	33
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შეფასების ზოგადი რეკომენდაციები	34
აგრესიული ქცევის რისკის შეფასება	34
სუიციდის რისკის შეფასება	35
ზრუნვის დაგეგმვა	37
<u>მდგომარეობები, რომლებიც მკურნალობაზე ახდენენ გავლენას</u>	<u>38</u>
კომორბიდობა	38
წამალმომხმარება	38
ძალადობრივი და ანტისოციალური ქცევა	39
ქრონიკული თვითდესტრუქციული ქცევა	40
სუიციდი	40
ბავშვობისდროინდელი ტრავმა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა	42
რისკის მართვის ზოგადი რეკომენდაციები	44
<u>ცხრილები</u>	<u>46</u>
მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი	46
F60 პიროვნული აშლილობის ზოგადი კრიტერიუმები ICD 10-ის მიხედვით	47
ICD 10 ემოციურად არასტაბილური პიროვნული აშლილობა F60.3	48
DSM 5 (301.83) მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა	49
აფექტური დისრეგულაციისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა	50
იმპულსური და არაკონტროლირებადი ქცევისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა	51
კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომებისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა	52
<u>გამოყენებული ლიტერატურა</u>	<u>53</u>

## გაიდლაინი მომზადებულია მულტიპროფესიული სამუშაო ჯგუფის მიერ:

**ეკა ჭყონია** - ექიმი - ფსიქიატრი, მედიცინის დოქტორი, საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების თავმჯდომარე, ევროპის ნეიროფსიქოფარმაკოლოგიის კოლეგიის (ECNP) ელჩი საქართველოში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის კლინიკური დირექტორი, სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი;

**მაია ცირამუა** - ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოთერაპევტი - წამების მსხვერპლთა ფსიქოსოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი (GCRT), ფსიქოლოგი;

**ნინო ოკრიბელაშვილი** - ექიმი - ფსიქიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

**ნინო გობრონიძე** - პროექტის უფროსი ოფიცერი, ევროპის საბჭოს ოფისი საქართველოში, იურისტი, მაგისტრის ხარისხი ადამიანის უფლებებში;

**სოფიო მორგოშია** - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მრჩეველი, მაგისტრის ხარისხი ფსიქიკურ ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და სერვისებში;

**მიხეილ სინიგა** - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სამედიცინო დეპარტამენტი, ექიმი-ფსიქოთერაპევტი;

**გიორგი დონაძე** - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს, პენიტენციურ დეპარტამენტი №8 დაწესებულება, ფსიქოლოგი, სუიციდის პრევენციის პროგრამის ადგილობრივი კოორდინატორი;

**ნელი მაისურაძე** - კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ფსიქოლოგ-კონსულტანტი; სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს №18 სამკურნალო დაწესებულების, ფსიქიატრიული განყოფილების ფსიქოლოგი;

**რუსუდან ჯიჯიხია** - №18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის ფსიქიატრიული განყოფილების ექიმი ფსიქიატრი.

## შემოკლებების სია:

სუსი - სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორი;

სუნსი - სეროტონინის და ნორეპინეფრინის სელექციური ინჰიბიტორი;

მაოი - მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორი.

# მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო

## შესავალი

წინამდებარე გზამკვლევის (გაიდლაინის) მიზანია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობისა და მართვის თაობაზე პირველადი ჯანდაცვის, სათემო და სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სერვისებისთვის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება.

იგი მიზნად ისახავს:

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობისთვის სპეციფიკური ფსიქოლოგიური ინტერვენციების შეფასებას;
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობისთვის სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური მკურნალობის შეფასებას;
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მართვისა და მკურნალობისთვის საუკეთესო პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავებას;
- საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის დანერგვის ხელშეწყობას.

## პრობლემის აქტუალობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა კლინიკურ პრაქტიკაში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პრობლემაა და ყველა კულტურაში და ქვეყანაში თანაბრად გვხვდება. თუმცა ხშირ შემთხვევაში, დიაგნოზი არასწორად ან საერთოდ არ ისმება. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა მნიშვნელოვან სოციალურ, შრომით და ინტერპერსონალურ დისფუნქციას განაპირობებს და თვითდაზიანებისა და თვითდესტრუქციული ქცევების (სუიციდის მცდელობა, დასრულებული სუიციდი) მაღალ რისკთანაა ასოცირებული.

## მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

მოცემულ გაიდლაინში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი მითითებულია ცხრილში მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი ცხრილი №1).

არასაკმარისი მტკიცებულებების დროს გაიდლაინი ეყრდნობა სამუშაო ჯგუფის წევრების მიერ შეთანხმების (კონსენსუსის) საფუძველზე მიღებულ დებულებასა და რეკომენდაციას.

## გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები

გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციები ვერ შეცვლის პროფესიულ ცოდნასა და კლინიკურ ანალიზს. მოწოდებული კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაცია არ წარმოადგენს პრობლემის მართვის მზა რეცეპტს. იგი უნდა განვიხილოთ როგორც ათვლის სისტემა, რომელიც ეფუძნება ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებს და რომელიც უნდა მიესადაგოს

ლოკალურ საჭიროებებს, რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს (განსაკუთრებით სოფლად და რეგიონულ/რაიონულ ცენტრებში).

გაიდლაინის გამოყენებისას მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ გარკვეული ინტერვენციის ეფექტურობის შესახებ ემპირიული მონაცემების არარსებობა არ ნიშნავს ამ ინტერვენციის არაეფექტურობას.

ამასთან, აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის უზრუნველყოფა ხდება სხვა ღონისძიებებთან კონტექსტში. ეს ღონისძიებები ითვალისწინებს შესაბამისი ინტერვენციის სათანადოდ ორგანიზებასა და პაციენტის ჩართვას მკურნალობის პროცესში. მოვლის სათანადოდ ორგანიზება იმისთვის, რომ პაციენტთან დავამყაროთ და შევინარჩუნოთ კარგი თერაპიული ურთიერთობა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც შეთავაზებული მკურნალობა.

## გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება უნდა მოხდეს მისი დანერგვიდან 3 წლის ვადაში.

### გაიდლაინის მიღების წყარო

გაიდლაინი შემუშავდა ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში. გაიდლაინზე მუშაობა მიმდინარეობდა 2015 წლის ნოემბერი - 2016 წლის თებერვლის პერიოდში. მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით (Cochrane Database of Systematic Reviews – CDSR, Health Technology Assessment (HTA) Database, National Guideline Clearinghouse, National Library for Health (NLH) სხვადასხვა მონაცემთა ბაზაში (The Cochrane Library, MEDLINE, BIOSIS, PsycINFO, APA practice guidelines, NICE guidance) მოძიებული 300-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 70-ზე მეტი გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, კანადასა და აშშ-ში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურა თან ერთვის გაიდლაინს.

## პრაქტიკაში ადაპტაციისა და გაიდლაინის შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში.
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ([www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)) ვებ-გვერდზე.

3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება.
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა

### დიაგნოზი

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა (სხვა პიროვნული აშლილობებისგან განსხვავებით, რომელთა უდიდესი ნაწილი პირველად ევროპაში აღიწერა), თავდაპირველად აშშ-ში ადოლფ სტერნმა აღწერა და მის დასახასიათებლად 1938 წელს ტერმინი „მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა“ შემოიტანა. სტერნმა პაციენტთა ჯგუფი შეისწავლა, რომელთა მდგომარეობა სრულად „არც ფსიქოზურ და არც ფსიქონევროტულ რეგისტრს“ ესადაგებოდა. ამის აღსანიშნავად მან გამოიყენა ტერმინი „მოსაზღვრე“, რაც ორ მდგომარეობას შორის „საზღვარს“ გულისხმობდა. მოგვიანებით, ოტო კერნბერგმა (Koenigsberg 2000) ტერმინი „მოსაზღვრე პიროვნული ორგანიზაცია“ ფუნქციონირებისა და ქცევის ფსიქოლოგიური თვითორგანიზაციის დარღვევების მყარი პატერნების განსაზღვრისთვის გამოიყენა, როგორც არ უნდა განვმარტოთ ამ მდგომარეობის ბაზისური ფსიქოლოგიური სტრუქტურები, მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობასთან ასოცირებული ქცევისა და სიმპტომების კლასტერი, რომელიც თვითრწმენისა და თვითშეფასების თვალსაჩინო მერყეობას, გუნება-განწყობის სწრაფ ცვლილებებს, მიტოვებისა და უარყოფის ძლიერ შიშს და სუიციდისა და თვითდაზიანების გამოხატულ ტენდენციებს მოიცავს, თანდათან უფრო ფართო აღიარებას ჰპოვებს.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დამახასიათებელი ნიშნები, რომლებიც დღეისთვის გამოიყენება, გუნდერსონმა და კოლბმა (J. S. Gunderson 2011) 1978 წელს ჩამოაყალიბეს.

სავარაუდოდ იმიტომ, რომ მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობას სხვა აშლილობებთან „მოსაზღვრე“ მდგომარეობა უკავია და, შესაძლოა, კონცეპტუალური გაუმართაობის გამოც, ხშირია კომორბიდობა დეპრესიასთან, შფოთვით აშლილობებთან, კვებით აშლილობებთან, როგორცაა ბულიმია, პოსტტრავმულ სტრესულ აშლილობასთან, წამალმომხმარებასთან და ბიპოლარულ აშლილობასთან (შესაძლოა, კლინიკურად ურთიერთგადაფარვაც მოხდეს). მწვავე მდგომარეობაში მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირს შესაძლოა სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციები და გამოხატული ბოდვითი იდეები განუვითარდეს. თუმცა, ეს სიმპტომები ხანმოკლეა და ძლიერი ემოციური დამაბულობის დროს ვლინდება. ამით, შესაძლოა მისი შიზოფრენიისგან და სხვა ფსიქოზური აშლილობებისგან დიფერენცირება (Links 2009).

კომორბიდობის სიხშირე იმდენად მაღალია, რომ ძალიან იშვიათია მხოლოდ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის დასმა (Fyer 1988). ამის გამო, ბევრი კლინიციისტი მიიჩნევს, რომ ეს მდგომარეობა არ უნდა შედიოდეს პიროვნულ აშლილობებში, არამედ

აფექტურ ან იდენტობის აშლილობებში უნდა კლასიფიცირდეს. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მჭიდრო კავშირი გადატანილ ტრავმასთან და კლინიკური ნიშნების პოსტტრავმულ აშლილობასთან მსგავსების გამო, ზოგი თვლის, რომ ეს აშლილობა, როგორც დაყოვნებული პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა PTSD-ს თავში უნდა მოთავსდეს (Yen 2001). მიუხედავად ასეთი აზრთა სხვაობისა, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა მკაფიოდ განსაზღვრული და ყველაზე კარგად შესწავლილი პიროვნული აშლილობაა.

შესაძლოა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა სტაბილურ და მზრუნველ ოჯახში გაზრდილ პირსაც გამოუვლინდეს, თუმცა მისი აშკარა კავშირი დისფუნქციურ ოჯახურ გარემოსთან იმაზე მიგვითითებს, რომ პრევენციული ღონისძიება ოჯახზე უნდა იყოს ფოკუსირებული.

მნიშვნელოვანია, რომ „მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა“ „მოსაზღვრე ინტელექში“ არ აგვერიოს. ეს სრულიად სხვა მდგომარეობაა, თუმცა დასწავლის პრობლემების მქონე პირებში თვითდაზიანების ტენდენციები და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვის სხვა დამახასიათებელი ნიშნები ხშირია და საკმაოდ გამოხატულიცაა (Alexander 2003).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მიმდინარეობა საკმაოდ ვარიანტულია. მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი ნიშნები უმეტესად ადრეულ მოზარდობას ან ახალგაზრდა ასაკში ვლინდება, თუმცა პრობლემა, შესაძლოა, ბევრად მოგვიანებით გახდეს შესამჩნევი. თანამედროვე მონაცემებით გამოვლინდა, რომ დაავადების გამოსავალი ბევრად უკეთესია, ვიდრე წინათ იყო მიჩნეული. სულ ცოტა 50%-ს დიაგნოზის დასმიდან 5-10 წლის შემდეგ დიაგნოზისთვის საკმარისი კრიტერიუმები აღარ აღენიშნებოდა (Zanarini MC 2003). მკურნალობაზე რამდენადაა დამოკიდებული დადებითი შედეგი, ძნელი დასადგენია. მტკიცებულებები გვიჩვენებს, რომ გამოჯანმრთელების შემთხვევების დიდი ნაწილი სპონტანურია და თვითრეფლექსიასთან, ზრდასრულობასა და მოწიფულობასთანაა დაკავშირებული.

არსებობს გარკვეული შეუთანხმებლობა დიაგნოზის დასმის ასაკთან დაკავშირებით. ზოგი თვლის, რომ 18 წლამდე, ვიდრე პიროვნული თვისებები ჩამოყალიბების პროცესშია, ამ დიაგნოზის დასმა არამართებულია. თუმცა, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები, შესაძლოა, ბევრად ადრე, ადრეულ მოზარდობაშიც კი განვითარდეს (Bradley 2005).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს მნიშვნელოვნადაა გაუარესებული მყარი და გრძელვადიანი ურთიერთობების დამყარების უნარი, რაც პიროვნულ და ემოციურ არასტაბილურობასთანაა დაკავშირებული. ხშირ შემთხვევაში, მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებისა და ქცევითი ნიშნების სიმწვავე პიროვნულ, სოციალურ და ოკუპაციურ დისფუნქციასთან კორელირებს. თუმცა, ეს ყოველთვის ასე არ არის და, ზოგ შემთხვევაში, გამოხატული მოსაზღვრე მდგომარეობის ნიშნების მქონე პირები, შესაძლებელია, მაღალ კარიერულ საფეხურზე იმყოფებოდნენ (Stone 2013). ბევრი, მაგრამ არა ყველა პირი, რომელსაც ეს დიაგნოზი აღენიშნება თვითდაზიანებისკენაა მიდრეკილი. ამან შეიძლება ფიზიკური ზიანი ან ინვალიდობაც კი გამოიწვიოს. თვითდაზიანებას ხშირად



დისტრესის შესამცირებლად მიმართავენ. დამახასიათებელია, ასევე, სუიციდური ტენდენციები და სუიციდური ქცევა. სუიციდს, შესაძლოა, დიაგნოზის პირველი ნიშნების გამოვლენიდან დიდი ხნის შემდეგ ჰქონდეს ადგილი. (Paris 2001).

მიუხედავად იმისა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის გამოსავალი შედარებით კარგია და პაციენტების დიდ ნაწილს 5 წლის შემდეგ დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები აღარ აღენიშნებათ, პაციენტთა მცირე ნაწილს აშლილობისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები ცხოვრების ბოლომდე მიყვებათ. ზოგჯერ, განმეორებადი თვითდაზიანება დიდ პრობლემას წარმოადგენს ხანდაზმულ ასაკში. ასეთ შემთხვევაში, შესაძლოა მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის განხილვა გახდეს საჭირო. თუმცა, მოგვიანებით ასაკში ამ დიაგნოზის პრევალენტობა ბევრად ნაკლებია ახალგაზრდა ასაკში გავრცელების სიხშირესთან შედარებით. ასევე, ამ მდგომარეობის დამახასიათებელი თავისებურება ის არის, რომ რემისიის შემდეგ, სხვა ფსიქიკური აშლილობებისგან განსხვავებით, რელაფსი იშვიათად ვითარდება.

ICD 10 კლასიფიკაციის მიხედვით მოსაზღვრე ემოციური აშლილობა ემოციურად არასტაბილურ პიროვნულ აშლილობაში შედის, რომელიც მოიცავს იმპულსურ ტიპს და მოსაზღვრე ტიპს (ცხრილი №2). ემოციურად არასტაბილური პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოცემულია ცხრილში (ცხრილი №3)

DSM5–ის მიხედვით მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ძირითადი ნიშნები გამოხატული არასტაბილობა და იმპულსურობაა, რაც ადრეული მოზარდობის პერიოდში ვლინდება და სხვადასხვა გარემოში იჩენს თავს (ცხრილი №4).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირს წარმოუდგენლად დიდი ძალისხმევა სჭირდება, რომ წარმოსახვითი ან რეალური უარყოფისა და მიტოვების შიშის დაძლევა შეძლოს. განშორებისა ან მიტოვების წარმოდგენამ შეიძლება თვითშეფასების, ემოციური მდგომარეობის, კოგნიციისა და ქცევის სერიოზული ცვლილებები გამოიწვიოს. ეს ადამიანები გარემო მოვლენების მიმართ ძალიან მგრძნობიარეები არიან. ისინი ინტენსიურ შიშს და მრისხანებას განიცდიან მაშინაც, როცა ობიექტური მიზეზების გამო განშორება გარდაუვალია ან გეგმების შეცვლაა საჭირო (მაგალითად, როდესაც მათთვის მნიშვნელოვანი ადამიანი რამდენიმე წუთით იგვიანებს ან თერაპევტი შეხვედრის დროს გადადებს). მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირს მიაჩნია, რომ ნებისმიერი ასეთი „ცვლილება“ და „გადავადება“ იმითაა გამოწვეული, რომ ის „ცუდი“ პიროვნებაა. ასეთი დამოკიდებულება იწვევს იმას, რომ პიროვნება მარტოობას ვერ ეგუება და ყოველთვის ვიღაცის გვერდში ყოფნას საჭიროებს. შესაძლოა, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს იმპულსური, სუიციდური და თვითდაზიანების ქცევები მიტოვების შიშის დაძლევის სურვილით აიხსნას.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს არასტაბილური და ემოციურად დამაბული ურთიერთობები ახასიათებთ. ისინი მიდრეკილები არიან პიროვნების იდეალიზებისკენ და, ჩვეულებრივ, ახლადგაცნობილ პირებთან ზედმეტად ახლო ურთიერთობებს ამყარებენ და ურთიერთობის ადრეულ ეტაპზე ინტიმურ ცხოვრებისეულ

დეტალებს გაანდობენ ხოლმე. თუმცა, ძალიან მალე იცვლიან შეხედულებას და იდეალური პიროვნება უცხად „უფასურდება“, ვინაიდან „საკმარისად არ ზრუნავს“ პიროვნებაზე, „სათანადოდ არ იხარჯება“ და ყოველთვის „აქ“, ანუ მის გვერდით არ არის. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი შეიძლება ზრუნავდეს სხვაზე, თუმცა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ელოდება, რომ ეს სხვა ყოველთვის „აქ“, ანუ გვერდით იქნება და მის მოთხოვნებს დააკმაყოფილებს. ასეთი პირები, როდესაც „ილუზიებიდან“ გამოდიან ან, როდესაც პიროვნებისგან მიტოვებას ან უარყოფას მოელიან, თავის შეხედულებებსა და განწყობებს სხვების მიმართ ძალიან სწრაფად და დრამატულად ცვლიან.

შესაძლოა, გამოხატული იყოს იდენტობის პრობლემები, რომელიც ცვალებადი თვითაღქმითა და საკუთარი თავისადმი მუდმივად არასტაბილური დამოკიდებულებით ვლინდება. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებისთვის საკუთარ მიზნებში, ფასეულობებსა და საქმიანობის სფეროში უცაბედი და თვალსაჩინო ცვლილებებია დამახასიათებელი. პიროვნებამ შეიძლება ძალიან სწრაფად გადაწყვიტოს კარიერის, სქესობრივი იდენტობის, ფასეულობების ან მეგობართა წრის შეცვლა. ისინი უსუსური, სხვებზე დამოკიდებული პირებიდან, შესაძლოა, უცხად სამართლიანობისათვის მეტროლო გამირებად მოგვევლინონ. ძირითადად, მათი თვითაღქმა „ცუდსა“ და „უზნეოს“ ეფუძნება, თუმცა მწვავე ეპიზოდებში შეიძლება ჰქონდეთ განცდა, რომ საერთოდ არ არსებობენ. ასეთი მდგომარეობა ვითარდება მაშინ, როდესაც პიროვნება მისთვის მნიშვნელოვან და აზრიან ურთიერთობებს, ზრუნვასა და მხარდაჭერას არის მოკლებული. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს არასტრუქტურირებადი სწავლისა და სამუშაო გარემო პირობებში ბევრად ცუდი შედეგები აქვთ.

მოსაზღვრე აშლილობის მქონე პირები, სულ ცოტა, ორ სფეროში ავლენენ იმპულსურობას, რაც პოტენციურად საზიანოა. მათთვის დამახასიათებელია აზარტული თამაშებით გატაცება, ფულის უყარათოდ ხარჯვა, უკონტროლო კვება, წამალმომხმარება და დამოკიდებულება, სარისკო სექსუალური კავშირები და ავტომობილის სახიფათოდ მართვა. ამ აშლილობის დროს პიროვნებას ხშირად აღენიშნება სუიციდური ქცევა, აზრები ან თვითმკვლელობით სხვების დაშინების ტენდენციები და თვითდაზიანება. ძალიან ხშირია თვითდაზიანებისა და სუიციდის მცდელობები, ხოლო დასრულებული სუიციდის სიხშირე 8-10% -ია. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი უპირატესად განმეორებითი სუიციდური მცდელობების გამო ხვდება სამედიცინო დაწესებულებაში. თვითდაზიანების შემთხვევები ძირითადად ვლინდება მაშინ, როდესაც პიროვნებას უმძაფრდება უარყოფისა ან განშორების შიში ან გაზრდილი პასუხისმგებლობის დროს. სხეულის დაზიანებას შესაძლოა, წინ უძღოდეს დისოციაცია, ამიტომ დაზიანებით მიყენებული ტკივილი და განცდა იმისა, რომ შეგრძნებები გააჩნია, შვებას გვრის ადამიანს. შესაძლოა, თვითგვემა თავის დასჯის სურვილითაც იყოს გამოწვეული, ვინაიდან მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი ჩვეულებრივ თავს „ცუდ“ და „უღირს“ ადამიანად მიიჩნევს (Sadock 2015).

ამ აშლილობის მქონე პირს გამოხატული აფექტური არასტაბილობა ახასიათებს, მაგალითად, ინტენსიური დისფორიის ეპიზოდები, გამღიზიანებლობა, ძლიერი შფოთვა, რაც რამდენიმე საათი ან, იშვიათად, რამდენიმე დღე გრძელდება. უპირატესად დისფორიულ გუნება-

განწყობას ხშირად თან ახლავს ბრაზის, პანიკის და სასოწარკვეთის პერიოდები. ძალიან იშვიათია საკუთარი თავით კმაყოფილებისა და კარგად ყოფნის მდგომარეობა. პიროვნება ძალიან მგრძობიარეა ინტერპერსონალური სტრესებისადმი.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს პიროვნებას სიცარიელის განცდა თითქმის მუდმივად აღენიშნება. ადვილად ბეზრდება ყველაფერი და სულ ახალი თავშესაქცევის პოვნას ცდილობს. მისთვის დამახასიათებელია შეუსაბამოდ ძლიერი ბრაზი, მწვავე სარკაზმი და სიტყვიერი შეურაცხყოფის მიყენების ტენდენციები. განსაკუთრებით იმ პირების მიმართ, ვინც მიაჩნია, რომ სათანადოდ არ ზრუნავს მასზე, უყურადღებოდ ექცევა ან ვისგანაც მიტოვებისა და განშორების საფრთხეს გრძობს. ბრაზის და აგრესიის ეპიზოდებს ცვლის სინანულისა და მონანიების პერიოდები, როდესაც პიროვნება თავის „უღირსობას“ განსაკუთრებით მძაფრად განიცდის. ძლიერი სტრესის დროს, შესაძლოა, პარანოიდული აზრები და დისოციაციური სიმპტომები განვითარდეს. თუმცა, მათი სიმწვავე და ხანგრძლივობა სხვა დისოციაციური აშლილობის დიაგნოზის დასმისთვის საკმარისი არ უნდა იყოს. ეს სიმპტომები ძირითადად ვლინდება მაშინ, როდესაც პიროვნება რეალური ან წარმოსახვითი განშორების შიშს განიცდის. ასეთი მდგომარეობა გარდამავალი ხასიათისაა და რამდენიმე წუთი ან საათი გრძელდება. მზრუნველის (რეალური ან წარმოსახვითი) დაბრუნებისას სიმპტომები შეიძლება სრულად აღაგდეს.

დამატებით ნიშნებს, რომლებიც დიაგნოზის დაზუსტებაში დაგვეხმარება შეიძლება შემდეგი მახასიათებლები მივაკუთვნოთ. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი მიდრეკილია იმისკენ, რომ მაშინ შეწყვიტოს ურთიერთობა ან ქმედება, როდესაც მიზანი თითქმის მიღწეულია (მაგალითად, მიატოვოს სკოლა გამოსაშვები გამოცდების წინ, გაუმწვავდეს მდგომარეობა, როდესაც თერაპია წარმატებულია და თავად პიროვნება კმაყოფილია შედეგით, გაწყვიტოს და არიოს კარგი ურთიერთობა, რომელიც ყველანაირად აშკარაა, რომ საკმაოდ ხანგრძლივი და მყარი შეიძლება იყოს). ზოგს სტრესის დროს ფსიქოზური სიმპტომები უვითარდება (მაგალითად, ჰალუცინაცია, სხეულის აღქმის დარღვევა, დამოკიდებულების ბოღვითი იდეები, ჰიპნოგოგიური განცდები). ასეთი ინდივიდები ადამიანებთან ურთიერთობაზე მეტად ცხოველებთან ან უსულო საგნების გარემოცვაში უფრო უსაფრთხოდ გრძობენ თავს. თვითმკვლელობა უფრო ხშირია პირებში, რომლებსაც კომორბიდული დეპრესია ან წამალმომხმარება აღენიშნებათ. სუიციდის მცდელობის ან თვითდაზიანების შედეგად, შესაძლოა, პიროვნებას მყარი ინვალიდობა განუვითარდეს. სამსახურის ხშირი ცვლა, სწავლისთვის თავის დანებება, გაყრა და განქორწინება ამ პირებისთვის დამახასიათებელია. ბავშვობისდროინდელი გამოცდილებიდან აღსანიშნავია ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა, მიტოვება, კონფლიქტები და მშობლების ადრეულ ასაკში გარდაცვალება. კომორბიდული აშლილობებიდან განსაკუთრებით გავრცელებულია: დეპრესია, ბიპოლარული აშლილობა, წამალმომხმარება, ყურადღების დეფიციტითა და ჰიპერაქტივობით მიმდინარე აშლილობა. ასევე, ხშირია სხვა პიროვნული აშლილობების კომორბიდობაც (DSM-5 2013).

## კომორბიდობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა ჰეტეროგენული მდგომარეობაა და მისი დამახასიათებელი სიმპტომები მნიშვნელოვნადაა გადაფარული დეპრესიული, შიზოფრენიული, იმპულსური, დისოციაციური და იდენტობის აშლილობის სიმპტომებით. ეს გადაფარვა განაპირობებს კომორბიდობის ხშირ შემთხვევებს და პრაქტიკაში საკმაოდ ძნელია იმის გამოიყვანა, თუ რომელი სიმპტომები მიეკუთვნება თავად მოსაზღვრე მდგომარეობას და რომელია კომორბიდული აშლილობის ნიშნები. ძირითადი განსხვავება ისაა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვის დამახასიათებელი მდგომარეობა მეტი ფლუქტუაციითა და არასტაბილობით გამოირჩევა: ფსიქოზური და პარანოიდული მდგომარეობა ტრანზიტორული ხასიათისაა, ხოლო დეპრესიული სიმპტომები დრამატულად ცვალებადია მცირე დროის მანძილზე, სუიციდური აზრები განსაკუთრებული ინტენსივობით გამოირჩევა და სრულიად გაუსაძლისია, თუმცა ძალიან ხანმოკლეა. იდენტობისა და თვითაღქმის ეჭვები გარდამავალი და არასტაბილურია. აღნიშნული სიმპტომები ყველა კომორბიდული აშლილობის დროს ბევრად მეტი ხანგრძლივობითა და მდგრადობით ხასიათდება (Perugi and Group 2015).

## დიაგნოსტიკის კულტურალური ფაქტორები

ქცევის თავისებურებები, რომელიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვისაა დამახასიათებელი მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაშია გამოვლენილი. მოზარდები და ახალგაზრდა პირები, რომლებსაც იდენტობის პრობლემები აქვთ (განსაკუთრებით, თუ წამალმომხმარებლებიც არიან), შეიძლება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებს ავლენდნენ, როგორცაა: ემოციური არასტაბილობა, „ეგზისტენციალური“ გაურკვევლობა, ორჭოფობა, შფოთვა გადაწყვეტილების მიღებისას, სექსუალურ ორიენტაციასთან დაკავშირებული კონფლიქტი, სოციალური ზეწოლა კარიერის არჩევის გამო (Distel 2009).

## დიფერენციული დიაგნოზი

**დეპრესია და ბიპოლური აშლილობა.** მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობასთან ერთად ხშირად ვითარდება დეპრესია ან ბიპოლარული ეპიზოდი. თუ გამოვლენილი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები საკმარისია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის და, ასევე, დეპრესიის ან ბიპოლარული აშლილობისთვის, მაშინ ორივე დიაგნოზი უნდა დაისვას. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ დეპრესიულმა და ბიპოლარულმა მდგომარეობამ შეიძლება მოგვცეს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის სურათიც, თუმცა თუ აღნიშნული მდგომარეობა ადრეული ან ახალგაზრდა ასაკიდან არ აღინიშნება და მდგრადობითა და ხანგრძლივი მიმდინარეობით არ ხასიათდება, მაშინ პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის დასმას უნდა მოვერიდოთ (Saunders 2015).

**სხვა პიროვნული აშლილობები:** ზოგი პიროვნული აშლილობა, რომელთაც საერთო ნიშნები აქვთ მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობასთან, შეიძლება აგვერიოს ერთმანეთში. ამიტომ

მნიშვნელოვანია, რომ ყველა მახასიათებელი გავითვალისწინოთ. თუმცა, პიროვნებას შეიძლება ერთდროულად ორი და მეტი პიროვნული აშლილობა აღენიშნებოდეს. ასეთ შემთხვევაში ყველა აშლილობა უნდა დიაგნოსტირდეს. თეატრალური პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში, ისევე, როგორც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს, პიროვნებას ყურადღების მიპყრობის სურვილი, მანიპულაციური ქცევა და გუნება-განწყობის ცვალებადობა ახასიათებს, თუმცა მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა თვითდაზიანების ტენდენციებით, ახლო ურთიერთობაში მყოფი პირების მიმართ თავშეუკავებელი ბრაზითა და მარტოობისა და სიცარიელის მუდმივი განცდით გამოირჩევა. პარანოიდული აზრები და ილუზორული აღქმა გვხვდება როგორც მოსაზღვრე, ასევე, შიზოტიპური პიროვნული აშლილობის დროს. თუმცა, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში მათ გარდამავალი ხასიათი აქვთ, ინტერპერსონალური რეაქტიულობა ახასიათებთ და გარემო მოვლენებზეა დამოკიდებული. პარანოიდული და ნარცისული პიროვნული აშლილობების დროს, შესაძლოა, უმნიშვნელო სტიმულებზე უცაბედ აფეთქებას ჰქონდეს ადგილი, თუმცა ასეთ შემთხვევებში იშვიათია იმპულსური და თვითდესტრუქციული ქცევა, მიტოვების შიში, რაც განასხვავებს მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობას პარანოიდული და ნარცისული აშლილობებისგან. ანტისოციალური პიროვნული აშლილობისას ისევე, როგორც მოსაზღვრე აშლილობისას პიროვნება ხშირად მიმართავს მანიპულაციურ ქმედებას. ანტისოციალური პიროვნება ასეთ ქცევას უპირატესად საკუთარი გამორჩენისა და კონკრეტული მიზნის მიღწევისთვის იყენებს, ხოლო მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი ამგვარ ქმედებას მზრუნველისა ან პარტნიორის ყურადღების მისაქცევად და შეცოდებისთვის მიმართავს. დამოკიდებული პიროვნული აშლილობის მქონე პირი, ისევე როგორც მოსაზღვრე აშლილობის მქონე პიროვნება მზრუნველთან ან პარტნიორთან განშორებისას ძლიერ შფოთვასა და შიშს განიცდის, თუმცა მოსაზღვრე აშლილობის დროს პიროვნება ინტენსიურ ემოციურ რეაქციას, ბრაზსა და აღშფოთებას გამოხატავს, ხოლო დამოკიდებული პირი მორჩილად ეგუება ვითარებას და დაუყოვნებლივ იწყებს ახალი მზრუნველისა და პატრონის ძიებას, რომ ძველი ურთიერთობა ახლით ჩაანაცვლოს. დამოკიდებული პირისგან მოსაზღვრეს, ასევე, განასხვავებს ის, რომ პირველის შემთხვევაში ემოციური არასტაბილობა და იმპულსურობა არ აღინიშნება (Skodol 2015).

### **სხვა სამედიცინო მდგომარეობით გამოწვეული პიროვნული ცვლილებები:**

სხვა სამედიცინო მდგომარეობით გამოწვეული პიროვნული ცვლილებები კავშირში უნდა იყოს დაავადებებთან, რომლებიც ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ახდენენ გავლენას.

**იდენტობის პრობლემები:** მოსაზღვრე აშლილობის ნიშნები უნდა დიფერენცირდეს იდენტობის პრობლემებისგან, რომლებიც ხშირად თავს მოზარდობის ასაკში იჩენენ და ფსიქიკური აშლილობის რეგისტრს არ აღწევენ (NICE 2009).

## ეპიდემიოლოგია

**გავრცელება:** მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის წლიური გავრცელების საშუალო მაჩვენებელი ზოგად პოპულაციაში ითვლება, რომ 1,6%-ია, ხოლო პრევალენტობა, შესაძლოა, 6%-საც აღწევდეს. პირველად ჯანდაცვაში მათი რაოდენობა 6%-ია, ფსიქიკური ჯანდაცვის ამბულატორიულ სერვისებში 10%, ხოლო ფსიქიატრიულ სტაციონარებში 20% - ია. ხანდაზმულ პოპულაციაში მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის გავრცელების სიხშირე მცირდება (DSM-5 2013).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა მსოფლიოს ყველა ქვეყანაშია აღწერილი, თუმცა მისი გავრცელების სიხშირე დასავლეთის ქვეყნების გარდა სხვა ქვეყნებში ნაკლებადაა შესწავლილი (Pinto 2000). 2008 წელს აშშ-ში ჩატარებული ერთ-ერთი ყველაზე მასშტაბური ეპიდემიოლოგიური კვლევით (Grant 2008), რომელშიც 34,653 აშშ-ს მოქალაქემ მიიღო მონაწილეობა, გამოვლინდა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის გავრცელების სიხშირე 1,4%-ია, ხოლო ცხოვრების მანძილზე განვითარების ალბათობა 5,9% და კაცებშიც (5,6%, 99% CI: 5,0–6,2) და ქალებშიც (6,2%, 99% CI: 5,6–6,9) დაახლოებით თანაბარია. იგი უფრო დამახასიათებელია ადგილობრივი მოსახლეობისთვის, ახალგაზრდებისთვის და გაყრილი/განქორწინებული/დაქვრივებული მოზრდილებისთვის და მათთვის, ვისაც დაბალი შემოსავალი და განათლება აქვს. ნაკლებად არის გავრცელებული ლათინური და აზიური წარმოშობის მამაკაცებსა და ქალებში. ხანგრძლივი კლინიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევით ციმერმანმა (Zimmerman 2005) და კოლეგებმა ნახეს, რომ ფსიქიატრიული სერვისების მომხმარებელთა თითქმის ერთ მესამედს რომელიმე ტიპის პიროვნული აშლილობა აღენიშნება, ხოლო მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა პაციენტთა 20%-ში გვხვდება.

ბევრი კლინიციისტი თვლის, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა ქალებში უფრო გავრცელებულია, ვიდრე მამაკაცებში. სქესობრივი განსხვავების ასახსნელად სხვადასხვა მოსაზრებაა შემოთავაზებული. მაგალითად, ზოგი მიიჩნევს, რომ ეს განსხვავება გამოწვეულია იმით, რომ ქალებში და მამაკაცებში სხვადასხვა სიმპტომები პრევალირებს. ჯონსონმა და კოლეგებმა (A. G. Johnson 2010) დაადგინეს, რომ ქალებში დრამატული ნიშნები, როგორცაა ემოციური დამაბულობა, არასტაბილობა და თვითდაზიანება უფრო ხშირია, ხოლო მამაკაცებში იმპულსური და ანტისოციალური ქცევა ჭარბობს. პრევალენტობის სხვაობა, შესაძლოა, დიაგნოზის დასმის პროცესში ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პირების წინასწარგანწყობითაც იყოს განპირობებული (Skodol 2015). ნორვეგიაში, აშშ-სა და დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული უკანასკნელი კვლევები უფრო მეტად ადასტურებენ, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა ქალებშიც და მამაკაცებშიც თითქმის თანაბრადაა გავრცელებული (Grant 2008).

## განვითარება და მიმდინარეობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მიმდინარეობა მნიშვნელოვანი ვარიაბელობით ხასიათდება. ყველაზე დამახასიათებელი ნიშნებია: ადრეული მოზრდილობის პერიოდიდან ქრონიკული არასტაბილობა, გამოხატული აფექტური მერყეობა და იმპულსური, არაკონტროლირებადი ქცევები და ზოგადი და ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების აქტიური მოხმარება. აშლილობით გამოწვეული ფუნქციონირების გაუარესება და სუიციდის საფრთხე უფრო გამოხატულია ახალგაზრდა ასაკში, ხოლო ასაკის მატებასთან ერთად რისკი მცირდება. თუმცა, ინტენსიური ემოციურობა, იმპულსურობა, დამაბული ურთიერთობები მთელი ცხოვრების მანძილზეა დამახასიათებელი. მკურნალობის შემთხვევაში, გაუმჯობესება თერაპიის დაწყებიდან პირველივე წლის განმავლობაში ხდება შესამჩნევად. 30-40 წლის ასაკში უმრავლესობა დასაქმებასა და ურთიერთობებში, ჩვეულებრივ, მეტ სტაბილობას აღწევს. განმეორებითი კვლევებით გამოვლენილია, რომ 10 წლის შემდეგ 50%-ზე მეტ პირს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის სრული დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები აღარ აღენიშნება (J. S. Gunderson 2011).

## რისკი და პროგნოზული ფაქტორები

**გენეტიკური და ფიზიოლოგიური:** მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა პირველი ხარისხის ბიოლოგიურ ნათესავეებში ხუთჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში. ასევე, გაზრდილია ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის, დეპრესიული და ბიპოლარული აშლილობებისა და წამალმოხმარების განვითარების ოჯახური რისკი.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ ადრეულ ახალგაზრდობაში ისმება, თუმცა მდგომარეობისთვის დამახასიათებელი ნიშნები, როგორცაა ემოციური ცვალებადობა და თვითდაზიანება შეიძლება მოზარდობის პერიოდშიც გამოვლინდეს (Stepp 2012).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მიმდინარეობა ნაკლები სტაბილობით გამოირჩევა, ვიდრე წინათ იყო მიჩნეული. გრძელვადიანი კვლევით, რომელიც სიმპტომების გამოვლენის სიმწვავეს 10 წლის მანძილზე სწავლობდა (J. Z.-K. Gunderson 2011), აჩვენა, რომ ამ ხნის მანძილზე დამახასიათებელი 24 სიმპტომიდან ბევრი მნიშვნელოვნად შესუსტდა ან სრულად ალაგდა. 10 წლის შემდეგ პაციენტთა 15%-ზე ნაკლები უჩიოდა, რომ იგივე სიმპტომები აღენიშნება, რაც თავდაპირველად ჰქონდა და მხოლოდ 12%-ს განუვითარდა რელაფსი. დადგინდა, ასევე, რომ იმპულსურობასთან დაკავშირებული სიმპტომები (მაგალითად, თვითდაზიანება და სუიციდური ტენდენციები) და ინტერპერსონალური დამაბულობა (მაგალითად, პრობლემები, რომლებიც დაკავშირებულია მომთხოვნელობასთან/უპირატესობასთან და ურთიერთობების სერიოზულ გაუარესებასთან) ყველაზე ადრე ემორჩილება გაუმჯობესებას. ამის საპირისპიროდ, ემოციური სიმპტომები (მაგალითად, ბრაზი და მარტობისა და სიცარიელის განცდა), რაც ხშირად მუდმივ

დისფორიაში ვლინდება და მიტოვებისა და სხვაზე დამოკიდებულების განცდები (როგორცაა, მარტობასთან შეუფუებლობა და სხვაზე დამოკიდებულებასთან ბრძოლის პრობლემები), საკმაოდ სტაბილურია.

დასრულებული სუიციდის სიხშირე მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში დაახლოებით 10% (Links 2009). გრძელვადიანი კვლევები გვიჩვენებს, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება საკმაოდ ღრმაა და მდგრადია და უფრო მეტადაა გამოხატული, ვიდრე დეპრესიის ან სხვა პიროვნული აშლილობების შემთხვევაში.

რემისიის ხელშემწყობი მექანიზმები ბოლომდე შესწავლილი არაა. ითვლება, რომ სიმპტომების სიმწვავეზე ტემპერამენტს გარკვეული გავლენის მოხდენა შეუძლია (Zanarini 2011). სიტუაციის ცვლილებები, როგორცაა ინტერპერსონალური ურთიერთობების გაუმჯობესება და ფსიქოსოციალური სტრესის შესუსტება, მდგომარეობის სტაბილიზაციას მნიშვნელოვანად უწყობენ ხელს (J. S. Gunderson 2011). მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვამ პროგნოზი უფრო წარმატებული გახადა (იხილეთ თავი ფსიქოთერაპია და ფარმაკოთერაპია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობების დროს). დადასტურებულია, რომ პაციენტები, რომლებსაც სათანადო მკურნალობა უტარდებათ 7-ჯერ უფრო სწრაფად აღწევენ გამოჯანმრთელებას, ვიდრე აშლილობის ბუნებრივი მიმდინარეობისას (Stiglmayr 2014).

## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შედეგები

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის მქონე პირებს, ხშირ შემთხვევაში, სრულფასოვანი და ნაყოფიერი ცხოვრების წარმართვა შეუძლიათ, თუმცა დაავადების გამწვავების პერიოდებში სერიოზული პრობლემები აღენიშნებათ, რაც ნიშნავს იმას, რომ მათ როგორც ირგლივ მყოფების, ასევე, შესაბამისი სერვისების მხრიდან მნიშვნელოვანი დახმარება ესაჭიროებათ. ფუნქციონირების გაუარესება ერთ-ერთი ყველაზე მდგრადი პრობლემაა, რაც მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობას ახასიათებს (Walsh 2013). კლინიკური პოპულაციის კვლევები გვიჩვენებს, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირები ბევრად უფრო ცუდად ასრულებენ მათზე დაკისრებულ მოვალეობას სამსახურში, მეტად უჭირთ სოციალური აქტივობები და ინტერპერსონალური კავშირები, ვიდრე დეპრესიის მქონე პირებს (Jeung 2014). თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში დიდ უმრავლესობას დროთა განმავლობაში სიმპტომების შესუსტება და სრული გამოჯანმრთელებაც კი აღენიშნება. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს, შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს სარისკო, იმპულსურ და დესტრუქციულ ქცევას და თვითდაზინებას, კვების პრობლემებს, ასევე, წამალმომხმარებასა და ალკოჰოლმომხმარებას.

## ეტიოლოგია

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის გამომწვევი მიზეზები კომპლექსურია და ბოლომდე შესწავლილი არ არის. თანამედროვე მიდგომა ყველა შესაძლო მონაცემების გაერთიანებას



გულისხმობს. მნიშვნელოვანია შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინება: გენეტიკური და კონსტიტუციური წინაგანწყობა, ემოციური რეგულაციისა და სტრესის ნეიროფიზიოლოგიური და ნეირობიოლოგიური დისფუნქცია, ძალადობისა და არასათანადო ზრუნვის ბავშვობისდროინდელი გამოცდილების ფსიქოსოციალური ფაქტორები და აფილაციური ქცევითი სისტემის დისრეგულაცია, განსაკუთრებით, მიჯაჭვულობისა და სოციალური კოგნიციის განვითარების უნარი.

## გენეტიკური ფაქტორები

ტყუპების კვლევით დადგენილია, რომ იმპულსური აგრესიული ქცევებისკენ მიდრეკილება და ემოციური თავშეუკავებლობა ოჯახური ხასიათისაა. დღეისთვის ითვლება, რომ პიროვნული აშლილობების (არა სპეციფიკურად მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის) ოჯახური ფაქტორი, როგორც გენეტიკური წინაგანწყობით, ასევე, ანომალური გარემო სიტუაციითაა განპირობებული (Hunt 2015). თანამედროვე კვლევებით, გამოვლინდა, რომ C კლასტერის პიროვნული აშლილობების მემკვიდრული ფაქტორი 27%-დან 35%-მდე მერყეობს, რაც მიუთითებს, რომ გენეტიკური წინაგანწყობა ნაკლებად მნიშვნელოვანია, ვიდრე წინათ იყო მიჩნეული (Reichborn-Kjennerud 2015).

## ნეიროტრანსმიტერული თეორია

ემოციური მდგომარეობის რეგულაცია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ერთ-ერთი ძირითადი პრობლემაა. იმპულსების, აგრესიისა და აფექტის რეგულაციაში ნეიროტრანსმიტერებს უდიდესი წვლილი მიუძღვით. აგრესიასთან კავშირში ყველაზე მეტად სეროტონინია შესწავლილი. სეროტონინის აქტივობის დაქვეითებამ შეიძლება პიროვნების მიერ დესტრუქციული ქცევის გაკონტროლების უნარი მნიშვნელოვნად გააუარესოს, თუმცა ამის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი ბოლომდე შესწავლილი არ არის. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ქალებში 5-HT1A რეცეპტორის როლისა და ძალადობრივი ბავშვობისდროინდელი გამოცდილების მნიშვნელობის შესწავლამ გამოავლინა, რომ არასასურველი გარემო ფაქტორები, აგრესიულ ტენდენციებთან დაკავშირებით, სეროტონინულ რეცეპტორებზე გარკვეული მედიატორის როლს ასრულებენ (P. P. Soloff 2007). ნაჩვენებია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირის სისხლის პლაზმაში თავისუფალი მეთოქსიპიდრიქსიფენილგლიკოლის (methoxyhydroxyphenylglycol - ნორადრენალინის დერივატი) დონე მომატებულია. კოგნიტური, ემოციური და იმპულსური ქცევების რეგულაციაში დოფამინურ სისტემას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, შესაბამისად, ამ სისტემის დისრეგულაცია დაკავშირებულია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის სიმპტომების განვითარებასთან (Friede 2004). სეროტონინული სისტემის დისფუნქციის შეწყვილება დოფამინური სისტემის დისფუნქციასთან ზრდის მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის განვითარების ალბათობას (Joyce 2014).

## ნეირობიოლოგია

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს სტრუქტურული და ფუნქციური დეფიციტი ტვინის იმ უბნებშია გამოვლენილი, რომლებიც ემოციის, ყურადღების, თვითკონტროლისა და აღმასრულებელი ფუნქციების რეგულაციაში მონაწილეობენ. ეს უბნები მოიცავენ ამიგდალას (Schienle 2015) და ორბიტოფრონტალურ უბანს (Lischke 2015). ამ აშლილობის მქონე პირებს კუნეუსა და დორზოლატერალურ პრეფრონტალურ კორტექსში გაძლიერებული აქტივობა აღენიშნებათ, ხოლო სარტყლისებრი ქერქის მარჯვენა წინა ნაწილის აქტივობა დაქვეითებული აქვთ (Cullen 2015).

## ფსიქოსოციალური ფაქტორები

ოჯახური კვლევები გვიჩვენებს, რომ აფექტური აშლილობებისა და წამალმომხმარების ოჯახური ანამნეზი მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. ასევე, ყურადსაღებია არასათანადო ზრუნვა და უგულვებლყოფა მზრუნველის მხრიდან და ემოციური სიცივე. ავტორიტარული და ძლიერ კონტროლირებადი გარემო, ისევე, როგორც ზედმეტად დამთმობი ურთიერთობები მომავალში აგრესიული ქცევების განვითარების სერიოზულ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენენ (Nelson 2014).

პროსპექტული კვლევებით დადგენილია, რომ ემოციურობას მოკლებული ურთიერთობები ბავშვებთან სუიციდის მცდელობის რისკს ზრდის და პიროვნების სოციალიზაციას ართულებს (S. C. Johnson 2013). მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს ბევრად უფრო ხშირად, ვიდრე აშლილობის არმქონე ადამიანებს, მიაჩნიათ, რომ მათი დედა ჰიპერმზრუნველია და მშობლებთან დისტანციური და კონფლიქტური ურთიერთობები აქვთ.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის განვითარებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ადრეულ ბავშვობაში სექსუალურ, ფიზიკურ და ემოციურ ძალადობას ენიჭება. თუმცა, ცალკე აღებული ძალადობის ფაქტი პიროვნული აშლილობის განვითარებისთვის არც აუცილებელი და არც საკმარისი პირობა არ არის. ამ კონტექსტში მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ მშობლებისა და შვილის ურთიერთობის ზოგადი პატერნები, მზრუნველის რეაქცია ძალადობაზე, ძალადობით გამოწვეული დისტრესის დამღვევის პროცესში ოჯახის ჩართულობა.

ამდენად, მნიშვნელოვანია ოჯახური გარემო, რომელშიც ბავშვმა თანადგომა უნდა იგრძნოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში, ძალადობის შემდგომი წარმატებული ადაპტაცია ძალიან ძნელი იქნება. კვლევები, რომლებიც სწავლობენ ოჯახურ კონტექსტს, უფრო ხშირად ნახულობენ, რომ დისფუნქციური, არასტაბილური, ზრუნვას მოკლებული ოჯახური გარემო, ძირითადად ძალადობასთანაა ასოცირებული.

ოჯახური გარემოს შემსწავლელი კვლევები მიუთითებენ იმაზე, რომ დისფუნქციურ ოჯახში, რომელიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის განვითარებას უწყობს ხელს, მიჯაჭვულობისა და ავილაციური სისტემების ჩამოყალიბების პროცესია დარღვეული, რაც

თავის მხრივ გავლენას ახდენს სოციალურ კოგნიციაზე, რომელიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს მნიშვნელოვნადაა დარღვეული (Fonagy 2015).

## მიჯაჭვულობის პროცესი

ლიტერატურა, რომელიც სწავლობს კავშირს მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობასა და მიჯაჭვულობას შორის ძალიან ფართო და წინააღმდეგობრივია. ზოგი კვლევა ადასტურებს, რომ პიროვნება, რომელსაც დეზორგანიზაციული მიჯაჭვულობა აღენიშნება, სტრესული სიტუაციებისადმი უფრო მოწყვლადია. ეს, სავარაუდოდ, ოჯახისთვის დამახასიათებელ უფრო ზოგად ფაქტორებთან უნდა იყოს კავშირში, როგორცაა არასათანადო ზრუნვა, ზედმეტი კონტროლი და თანადგომას მოკლებული, გაურკვეველი და არათანმიმდევრული ურთიერთობები. მართალია, ზუსტად დადგენილი არაა, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა მიჯაჭვულობის რომელ ტიპთანაა კავშირში, თუმცა ითვლება, რომ უსაფრთხოების განცდის დეფიციტი, მდგომარეობის განვითარებასთან მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული. პაციენტების მხოლოდ 6-8% მიუთითებს, რომ მზრუნველთან უსაფრთხო მიჯაჭვულობა აქვს (Newman 2015). ადრეული დაუცველი მიჯაჭვულობა, პრაქტიკულად ყველა ინდივიდისთვის შედარებით სტაბილური მახასიათებელია, განსაკუთრებით, თუ ამას ნეგატიური ცხოვრებისეული გამოცდილება ერთვის თან (94%) (Koehne 2013).

ითვლება, რომ არასაიმედო მიჯაჭვულობა და/ან დეზორგანიზაციული ურთიერთობები ხელს უშლის მენტალიზაციის - სოციალური კოგნიციის განვითარებას. პიროვნებას არ აქვს საკუთარი და სხვისი ქცევის მნიშვნელობის ინტერპრეტაციისა და განსაზღვრის უნარი და უჭირს იმის მიხვედრა, თუ მის და ირგვლივმყოფების გონებაში რა შეიძლება ხდებოდეს (Bateman 2015).

ასეთი ფორმულირება გარკვეულად გადაფარავს მიჯაჭვულობისა და ოჯახური გარემოს მნიშვნელობებს. ფრუცეტი და კოლეგები (Fruzzett 2005) აღნიშნავენ, რომ მშობლების ხატის გაუფასურება, გავლენას ახდენს თვითაღქმაზე და საკუთარი თავის მიმართ დამოკიდებულებაზე, რაც ანტიმენტალიზაციასა და სოციალური კოგნიციის უუნარობას იწვევს.

დასკვნის სახით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ პირებს, რომლებსაც კონსტიტუციური მოწყვლადობის და/ან არასასურველი გარემო ფაქტორების გავლენით სოციალური კოგნიცია ვერ უვითარდებათ და ამის გამო აფექტის მოდულაციისა და კონტროლის გამოხატული დეფიციტი აღენიშნებათ, შემდგომი ცხოვრებისეული ტრავმისა (როგორცაა, სრული უგულვებლყოფა, ძალადობა ან ცუდად მოპყრობის სხვა ფორმები) ან ტრავმის გარეშე, შეიძლება თავის ტვინის გარკვეულ უბნებში სტრუქტურული და ფუნქციური ცვლილებები განუვითარდეთ და არასათანადო ზრუნვის პირობებში, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა ჩამოუყალიბდებათ.

## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა

### ფარმაცოლოგიური მკურნალობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობისთვის არც ერთი მედიკამენტი ოფიციალურად დარეგისტრირებული არ არის, თუმცა სიმპტომური ფსიქოფარმაცოლოგიური მკურნალობა ხშირად გამოიყენება. მედიკამენტები უპირატესად კრიზისის შემთხვევაში ან გამოხატული პიროვნული მოწყვლადობის დროს ინიშნება. ფსიქოფარმაცოთერაპია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში გარკვეულ ბაზისურ თეორიულ ცოდნასა და ემპირიულ გამოცდილებას ეფუძნება.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ფარმაცოთერაპიის ეფექტურობა ბევრი კვლევიტაა დადასტურებული. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ მედიკამენტით განკურნება არარეალისტური მიზანია, ვინაიდან ხასიათს წამალი ვერ განკურნავს. მედიკამენტური მკურნალობის შერჩევას აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა აგრესიული ქცევითი პატერნებითა და აფექტური დისრეგულაციით ხასიათდება, რაც სუიციდის, თვითდაზიანებისა და ძალადობის რისკს მნიშვნელოვნად ზრდის.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის ალბათობა თითქმის 100%. განსაკუთრებით ხშირია დეპრესია, ბიპოლარული აშლილობა, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, წამალმომხმარება და ფსიქოზები (Bender 2011). გარდა ამისა, თავად აშლილობისთვის დამახასიათებელია ბევრი სიმპტომი, როგორცაა: აფექტური არასტაბილობა, გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომები, სუიციდური აზრები და ქმედებები და თვითდაზიანება, თავისი გამოხატულების ხარისხით, შესაძლოა, სხვადასხვა ტიპის ფსიქიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელ სიმწვავეს აღწევდნენ. ამიტომ, სავარაუდოა, რომ ფსიქოფარმაცოლოგიური მკურნალობა მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მართვისთვის ეფექტური იქნება.

პრაქტიკაში ანტიდეპრესანტები, გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები და ანტიფსიქოზური პრეპარატები ხშირად გამოიყენება.

მიმოხილვითმა კვლევებმა აჩვენა, რომ აშშ-ში მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირების 10% მოიხმარს ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს, 27% გუნება-განწყობის სტაბილიზატორებს და 35% ანქსიოლიზურ პრეპარატებს, ხოლო 61% ანტიდეპრესანტებს (Bender 2011); ანტიდეპრესანტების გამოწერის სიხშირე 2-ჯერ მეტია, ვიდრე დეპრესიის მქონე პაციენტების შემთხვევაში. მკურნალობა ძირითადად კრიზისულ პერიოდებში ინიშნება ხოლმე, ამიტომ, შესაძლოა, ამას უფრო პლაცებო ეფექტი აქვს, ვინაიდან კრიზისი, ჩვეულებრივ, მკურნალობისგან დამოუკიდებლად ამოიწურება.

მტკიცებულებითი მონაცემებისა და საუკეთესო მტკიცებულების გამოვლენის მიზნით ჩატარებული სისტემური ანალიზით დადგინდა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობაში ლამოტრიჯინს, ტოპირამატს, ვალპროატს, არიპიპრაზოლს, ოლანზაპინს და

ომეგა-3 კვებით დანამატს გარკვეული ეფექტურობა ახასიათებთ. ეს პრეპარატები უფრო მეტად ანტაგონისტურ და აგრესიულ ქცევას არეგულირებენ, თუმცა გარკვეულად ნეგატიურ აფექტურობაზეც მოქმედებენ. მიჩნეულია, რომ აშლილობის მკურნალობის მომავალი სამიზნე გლუტამატური, ოპიოიდური და ოქსიტოცინური ნეიროტრანსმიტერული სისტემების მოდიფიცირება უნდა იყოს. ფსიქოფარმაკოლოგიასთან ერთად მნიშვნელოვანია ინტერპერსონალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაზე მიმართული ფსიქოთერაპიის ჩატარებაც (Ripoll 2012).

## საშუალო ხანგრძლივობის და გრძელვადიანი მკურნალობა

ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტის გაიდლაინის მიხედვით (NICE 2009) კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის არარსებობის პირობებში, ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ჩატარება მიზანშეწონილი არ არის, ხოლო, კომორბიდულ აშლილობას შესაბამისი გზამკვლევის მიხედვით უნდა ვუმკურნალოთ.

## ანტიფსიქოზური პრეპარატები

ღია კლინიკური კვლევებით ნაჩვენებია, რომ პირველი და მეორე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატები მდგომარეობის ფართო სპექტრისთვის ეფექტურია. თუმცა, პლაცებო კონტროლირებადი კვლევებით ეს ეფექტურობა ზომიერზე ნაკლებია. კლინიკური კვლევებით ანტიფსიქოზური მედიკამენტები აგრესიისა და თვითდაზიანების ტენდენციების მნიშვნელოვნად ამცირებს (Bogenschutz 2004). აღსანიშნავია, რომ პირველი თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობისას, შეიძლება დისფორია და დეპრესია განვითარდეს. თუმცა შფოთვის, დაძაბულობისა და მტრული განწყობის შემცირების თვალსაზრისით ჰალოპერიდოლსა და ოლანზაპინს შორის არანაირი განსხვავება არ აღინიშნება (Shafti 2010).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კვეტიაპინის 150მგ/დღე მიღება, პლაცებოსთან შედარებით, სიმპტომების სიმწვავეს მნიშვნელოვნად ამცირებს. გვერდითი მოვლენები შეინიშნება 300მგ/დღე მიღებისას (Black 2014).

მიმოხილვითი კვლევით გამოვლინდა, რომ კლოზაპინი ეფექტურია მწვავე მდგომარეობის, ფსიქოზური სიმპტომების, იმპულსური ქცევისა და თვითდაზიანების შემთხვევაში. მკურნალობის პროცესში აუცილებელია მკაცრი მონიტორინგი, მდგომარეობის სიმწვავისა და ზოგადი ფუნქციონირების შეფასება (Beri 2014).

## ანტიდეპრესანტები

ბევრი კვლევით დადგენილია, რომ სუსი-ების და სუნსი-ების გამოყენება იმპულსურობასა და აგრესიულობას ამცირებენ. პლაცებო კონტროლირებადი კვლევები მიუთითებს იმაზე, რომ ტრიციკლურების დანიშვნა მიზანშეწონილი არაა, ვინაიდან შეიძლება ქცევითი

განმუხრუჭება გამოიწვიოს. მაოი-ების მიღების შემთხვევაში დიეტისა და დანიშნულების რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემატური იყოს (J. V. Stoffers 2010).

## გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირების თითქმის ნახევარს, შეიძლება, ბიპოლარული აშლილობა აღენიშნებოდეს. ამიტომ, ნორმოთიმისებრი საკმაოდ ხშირად ინიშნება. შედეგები აქაც უფრო კარგია ღია კლინიკური, თუმცა არა რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი კვლევების დროს. ლითიუმი ეფექტურია გუნება-განწყობის მერყეობისთვის, ბრაზის კონტროლისა და სუიციდური აზრების შემცირებისთვის. აღსანიშნავია, რომ კარბამაზეპინის შემთხვევაში, შესაძლოა ქცევითი განმუხრუჭება განვითარდეს. ვალპროატისა და ლამოტრიჯინის ეფექტურობა შედარებით უკეთესადაა შესწავლილი და დადასტურებული, ხოლო სხვა ნორმოთიმისებრე მონაცემები საკმაოდ არაერთგვაროვანია (Belli 2012).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ფარმაკოთერაპიის სამიზნეს უპირატესად სიმპტომთა სამი ძირითადი ჯგუფი წარმოადგენს: 1. აფექტური დისრეგულაცია. 2. იმპულსური ქცევები და ქცევის კონტროლის პრობლემები. 3. კოგნიტურ-პერცეპტუალური სირთულეები.

## აფექტური დისრეგულაციის სიმპტომების მკურნალობა

აფექტური დისრეგულაცია ვლინდება გუნება-განწყობის მერყეობით, ძლიერი ბრაზით, დეპრესიული ჩართვებითა და ფეთქებადობით. ამ სიმპტომების მკურნალობისთვის, უპირატესად, სუსი-ები გამოიყენება (იხილეთ ცხრილი №5), ვინაიდან ამის კარგი თეორიული დასაბუთება არსებობს (J. L. Stoffers 2015). სუსი-ებს ფართო თერაპიული ეფექტურობა ახასიათებთ და ნაკლებად ტოქსიკურები არიან, ვიდრე ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და მაო-ს ინჰიბიტორები. მაგალითად, ითვლება, რომ ფლუოქსეტინი აუმჯობესებს გუნება-განწყობას, არეგულირებს გუნება-განწყობის მერყეობას, ამცირებს უარყოფისა და განშორებისადმი სენსიტიურობას, ასტაბილურებს იმპულსურ ქცევებს და, ასევე, ასუსტებს მტრულ განწყობას, თვითდაზიანების ტენდენციებს და ფსიქოზურ სიმპტომებსაც კი (Silva 2010).

სუსი-ებზე ჩატარებული კვლევების უმრავლესობა მოიცავს 6-14 კვირის პერიოდს მწვავე ეპიზოდისთვის და 12 თვემდე შემანარჩუნებელ თერაპიას. მედიკამენტების დოზები მერყეობს: ფლუოქსეტინი - 20-80მგ/დღე; სერტრალინი - 100-200მგ/დღე; ვენლაფაქსინი, რომელიც სეროტონინისა და ნორეპინეფრინის სელექციური ინჰიბიტორია - 400მგ/დღემდე. სუსი-ებით მკურნალობის მიზანშეწონილი ხანგრძლივობა, სულ ცოტა, 12 კვირაა.

ტრიციკლურებთან დაკავშირებით მონაცემები არაერთგვაროვანია. ერთ-ერთი კვლევით გამოვლინდა, რომ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის

შემთხვევაში ზრდიან სუიციდურ ტენდენციებს, პარანოიდულ აზრებსა და ძალადობრივი ქცევების რისკს (Oumaya 2008).

ვინაიდან მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს აფექტური დისრეგულაცია არა მწვავე მდგომარეობა, არამედ ტემპერამენტის მახასიათებელია, შეუძლებელია იმის განსაზღვრა, თუ მედიკამენტის მიღება რა პერიოდითაა რეკომენდებული. ანტიდეპრესიული მკურნალობის მოხსნამდე პრობლემის დაძლევისა და ინტერპერსონალური ურთიერთობების უნარის გაუმჯობესება ძალიან მნიშვნელოვანია.

კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ანტიდეპრესანტით წარმატებული მკურნალობის შემთხვევაში პრეპარატის მოხსნა დიდი სიფრთხილით უნდა მოხდეს. თუ სუსი-ებით მკურნალობა მხოლოდ ნაწილობრივ არის ეფექტური, მაშინ სასურველია სხვა ანტიდეპრესანტზე გადასვლა (მაგალითად ფლუოქსეტინის შეცვლა სერტრალინით ან სხვა ჯგუფის ანტიდეპრესანტის გამოყენება).

ძლიერი შფოთვის შემთხვევაში, შესაძლოა, საჭირო გახდეს ანქსიოლიზური პრეპარატების დამატება. ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა სერიოზულ რისკებთანაა დაკავშირებული, როგორც დამოკიდებულების, ტოლერანტობისა და ქცევითი ტოქსიკურობის განვითარება.

მიუხედავად ბენზოდიაზეპინების კლინიკური გამოყენებისა, ნაჩვენებია, რომ ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინით - ალპრაზოლამით შეიძლება ქცევითი განმუხრუჭება გამოვიწვიოთ. რამდენიმე კვლევა, საჭიროების დროს, კლონაზეპამის გამოყენებაზე მიუთითებს. ბენზოდიაზეპინის დანიშვნა ანტიდეპრესანტებთან კომბინაციაში უნდა ხდებოდეს. ზოგადად, ბენზოდიაზეპინების მიღება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს უკუნაჩვენებია, ვინაიდან იმპულსურ და თავშეუკავებელ ქცევებს აძლიერებენ (Conti 2014). თეორიულად იმპულსური აგრესიის შემთხვევაში შეიძლება ბუსპირონი გამოვიყენოთ, თუმცა ვინაიდან დაყოვნებითი ეფექტი აქვს, შეიძლება ნაკლებად მისაღები იყოს.

გასათვალისწინებელია, რომ პოლიფარმაცია, განსაკუთრებით, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს, იატროგენულ ზიანთანაა დაკავშირებული და შეიძლება ფუნქციური გაუარესება გამოიწვიოს (Madan 2015).

აფექტური დისრეგულაციის შემთხვევაში, ბრაზის სამკურნალოდ სუსი-ები პირველი არჩევის პრეპარატებია. ნაჩვენებია, რომ ფლუოქსეტინი ეფექტურია აგრესიის დროს, მაშინაც კი როდესაც დეპრესიული სიმპტომები არ აღინიშნება. ბრაზის შესამცირებლად რამდენიმე დღე სრულიად საკმარისია და აგრესიის რეგულაციას ანტიდეპრესანტები უფრო სწრაფად ახდენენ, ვიდრე მათი ანტიდეპრესიული ეფექტი გამოვლინდება.

კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ქცევების მწვავე უკონტროლობის შემთხვევაში, სწრაფი ეფექტის მისაღწევად, ნეიროლეპტიკების დაბალი დოზები ძალიან შედეგიანი. მათ, ასევე, აფექტური სიმპტომების გაუმჯობესებაც შეუძლიათ (P. C. Soloff 2012).

მათი ინჰიბიტორების გამოყენებამდე სუსი-ების ანტიფსიქოზური პრეპარატებით აუგმენტაციაა მიზანშეწონილი.

მაოი-ები მკაცრი დიეტისა და მიღების რეჟიმის დაცვას საჭიროებენ. მაოი-ების იმპულსური ქცევების, გუნება-განწყობის რეაქტიულობის, განშორებისადმი ზედმეტი სენსიტიურობისა და მტრული განწყობის შემთხვევაში, ეფექტურობა რამდენიმე რანდომიზებული კვლევითაა დადასტურებული. ეს პრეპარატები, შესაძლებელია, ატიპიური დეპრესიისა და დისფორიის დროს იყოს ნაჩვენები. აფექტური დისრეგულაციის შემთხვევაში, მაოი-ები მეორე არჩევის პრეპარატებია. სუსი-ების შემდეგ მაოი-ების დანიშვნისას სათანადო პერიოდი უნდა დავიცადოთ, განსაკუთრებით ხანგრძლივი მოქმედების სუსი-ების შემთხვევაში, რომ პრეპარატი ორგანიზმიდან სრულად გამოვიდეს.

აფექტური დისრეგულაციის დროს გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები მეორე არჩევის პრეპარატებია. ლითიუმი ყველაზე კარგად შესწავლილი ნორმოთიმია და მისი ეფექტურობა ბევრი რანდომიზებული კვლევითაა დადგენილი. თუმცა, ამ კვლევების უმრავლესობა იმპულსურ და აგრესიულ ქცევაზე არის ფოკუსირებული. ლითიუმი, ასევე, ეფექტურია გუნება-განწყობის მერყეობისას, რაც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ერთ-ერთი ძირითადი სიმპტომია (Belli 2012). ლითიუმის გამოყენების უარყოფითი მხარე ისაა, რომ ტოქსიკურია, ხანგრძლივი მოხმარებისას შეიძლება ჰიპოთიროიდიზმი გამოიწვიოს და ჰიპერდოზირებისას უსაფრთხოების ზღვარი ძალიან დაბალი აქვს.

ზოგი ღია კვლევით ნაჩვენებია, რომ კარბამაზეპინი შეიძლება შედეგიანი იყოს იპულსური ქცევების, ბრაზისა და დისფორიის შემთხვევაში. თუმცა, კონტროლირებადი კვლევებით ეს ეფექტურობა დადასტურებული არ არის. იმ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში, რომლებსაც ანამნეზში მელანქოლიური დეპრესიის ეპიზოდი აღენიშნებათ, კარბამაზეპინმა შეიძლება კვლავ გამოიწვიოს დეპრესია (Gardner 2012).

მიჩნეულია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ვალპროატს აჟიტაციის, აგრესიის, შფოთვის, განშორებისა და უარყოფისადმი სენსიტიურობის და ბრაზის შესუსტება შეუძლია. მიზანშეწონილი არ არის ვალპროატისა და კარბამაზეპინის ერთად დანიშვნა, ვინაიდან ასეთი დანიშნულების ეფექტურობა არც ერთი კვლევით დადასტურებული არაა (Simeon 2007).

მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე კვლევის მონაცემით ელექტრო - კრუნჩხვითი თერაპია (ეკთ) მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ზომიერ შედეგს გვიჩვენებს, ზოგადად ცნობილია, რომ დეპრესიის შემთხვევაში, როდესაც პიროვნებას დამატებით მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა აღენიშნება ეკთ მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია (Gescher 2011).

## იმპულსური-არაკონტროლირებადი ქცევის მკურნალობა

იმპულსური და არაკონტროლირებადი ქცევის მკურნალობისთვის არჩევის პრეპარატებად სუსი-ებია მიჩნეული. რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების მონაცემებითა და კლინიკური გამოცდილებით ნაჩვენებია, რომ ფლუოქსეტინი და სერტრალინი იმპულსურ ქცევებს დეპრესიული და შფოთვითი სიმპტომებისგან დამოუკიდებლად არეგულირებენ. იმპულსურობაზე ანტიდეპრესანტების ეფექტურობა უფრო ადრე ვლინდება, ვიდრე მათი



ანტიდეპრესიული ეფექტი. შესაძლოა, რამდენიმე დღეშიც კი. შესაბამისად, ანტიდეპრესანტებით წარმატებული მკურნალობის შემდეგ პრეპარატის მოხსნამ, შეიძლება მდგომარეობის სწრაფი გაუარესება გამოიწვიოს. კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მკურნალობის ხანგრძლივობა კლინიკური მდგომარეობით უნდა განისაზღვროს. ასევე, აუცილებელია ცხოვრებისეული სტრესის ალბათობისა და დაძლევის უნარების გაუმჯობესების ხარისხის გათვალისწინებაც. როდესაც მკურნალობის სამიზნეს ხასიათობრივი მოწყვლადობა წარმოადგენს, თერაპიის ხანგრძლივობის განსაზღვრა პრაქტიკულად შეუძლებელია (ცხრილი №6).

თვითდაზიანების ან მომატებული საფრთხის პირობებში სუსი-ებთან ერთად ანტიფსიქოზური პრეპარატების დაბალი დოზით დანიშვნა აუცილებელია. რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევით დადგენილია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს იმპულსურობის შესამცირებლად ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მონოთერაპია, ასევე, ეფექტურია. შედეგი სწრაფად, ხშირად პრეპარატის მიღებიდან რამდენიმე საათში მიიღწევა. ეფექტი უფრო სწრაფია ინექციის შემთხვევაში და აგრესიულ-იმპულსური ქცევის კონტროლის საშუალებას იძლევა.

სუსი-ებით მკურნალობისას ნაწილობრივი ეფექტურობის დროს, შესაძლოა, სხვა ანტიდეპრესანტის დანიშვნა მიზანშეწონილი იყოს.

კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ანტიდეპრესანტების ლითიუმით აუგმენტაცია მკურნალობის შედეგს აუმჯობესებს. ამასთან კვლევები, რომლებიც სწავლობდნენ კრიმინალური ქცევის მქონე მოზარდებისა და მოზარდილების იმპულსურ ქცევებს, გამოავლინეს, რომ ლითიუმის მიღება იმპულსურ-აგრესიულ სიმპტომებს მნიშვნელოვნად ამცირებენ, მაშინაც კი როდესაც პიროვნებას მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა არ აღენიშნება (Bellino 2011).

სუსი-ების არასაკმარისი ეფექტურობის შემთხვევაში შეიძლება მაოი-ები დაინიშნოს. აუცილებელია დავიცვათ მაოი-ებზე გადასვლის პირობები. მნიშვნელოვანია, რომ სუსი გამოვიდეს ორგანიზმიდან. მაოი-ების კომბინაცია ვალპროატთან იმპულსურობისა და ბრაზის რეგულაციისთვის უფრო კარგ შედეგს იძლევა. მიუხედავად იმისა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს მაოი-ების გამოყენება კვლევებით დადასტურებულია, მათი მიღება, მაინცდამაინც, რეკომენდებული არაა, ვინაიდან სერიოზული გვერდითი მოვლენები ახასიათებთ.

იმპულსური ქცევის კონტროლისთვის კლინიციკები გუნება-განწყობის სტაბილიზატორებს ანიჭებენ უპირატესობას. ყველაზე ხშირად ვალპროატი და კარბამაზეპინი გამოიყენება. კარბამაზეპინი, გარკვეულად, იმპულსურობასა და დისფორიას ამცირებს. თუმცა, პაციენტებში, რომლებსაც აფექტური აშლილობა არ აღენიშნებათ კარბამაზეპინის მოქმედება პლაცებოსგან თითქმის არ განსხვავდება (Schulz 2015).

სისტემური კვლევით გამოვლინდა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში, იმპულსური ქცევისა და აგრესიის მართვისთვის, მონოთერაპიის სახით, ყველაზე ხშირად

სედაციური მოქმედების ანტიფსიქოზური პრეპარატები (კვეტიაპინი, ლევომეპრომაზინი, ქლორპროტიქსენი) და ვალპროატი ინიშნება (Bridler 2015).

ერთეული კვლევები გვიჩვენებს, რომ თვითდაზიანებისა და დისოციაციური სიმპტომების შემთხვევაში, შესაძლოა, ოპიოიდის ანტაგონისტის - ნალტრექსონის გამოყენება, გარკვეულად, ეფექტური იყოს. თუმცა, ამის დამადასტურებელი რანდომიზებული კვლევები ჩატარებული არ არის (Schmahl 2012).

## კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომების მკურნალობა

არჩევის პრეპარატებს კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომების მკურნალობისას დაბალი დოზით ანტიფსიქოზური მედიკამენტები წარმოადგენენ. ეს რეკომენდაცია, როგორც ორმაგი ბრმა, პლაცებო კონტროლირებადი, ასევე ღია კლინიკური კვლევებით, მაღალი სარწმუნოებითაა დადასტურებული (Schulz 2015).

დაბალი დოზებით ანტიფსიქოზური პრეპარატების მიღება ეფექტურია არა მარტო ფსიქოზური სიმპტომებისთვის, არამედ დეპრესიული გუნებ-განწყობისთვის, იმპულსურობისთვის და ბრაზისა და მტრული განწყობისთვის. მკურნალობის შედეგი თვალსაჩინო ხდება რამდენიმე დღიდან რამდენიმე კვირაში. კოგნიტური სიმპტომების დროს პაციენტი, უფრო კარგად, დაბალ დოზებზე გამოდის. პაციენტისთვის, რომელსაც კოგნიტურ სიმპტომებთან ერთად ემოციური დისრეგულაცია აღენიშნება, ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მონოთერაპია, შეიძლება, არასაკმარისი აღმოჩნდეს (ცხრილი №7).

ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობის ხანგრძლივობა, ჩვეულებრივ, 12 კვირა გრძელდება. უფრო ხანგრძლივი მიღებისას (22 კვირა და მეტი) მკურნალობისთვის თავის დანებების შემთხვევები და რეჟიმის დაუცველობა მნიშვნელოვნად იზრდება. მყარი მტკიცებულება ანტიფსიქოზური პრეპარატების ხანგრძლივად გამოყენების ეფექტურობასთან დაკავშირებით არარსებობს, თუმცა ბევრი კლინიციისტი, ბრაზის კონტროლისთვის ანტიფსიქოზური პრეპარატების მცირე დოზებს რეგულარულად იყენებს.

გრძელვადიანი კვლევებით ნაჩვენებია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის პირებისთვის დეპო პრეპარატები პარასუციდური ქცევის მართვისთვის საკმაოდ ეფექტურია. თუმცა ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტების განვითარების რისკი (რაც ატიპური პრეპარატების გამოყენებით შეიძლება თავიდან ავიცილოთ) აუცილებლად გასათვალისწინებელია.

დაბალი დოზებით მკურნალობის დროს 4-6 კვირის შემდეგ არასაკმარისი ეფექტის შემთხვევაში, საჭიროა გავზარდოთ დოზები.

ანტიფსიქოზური პრეპარატები ეფექტურია ბრაზისა და მტრული განწყობის შემთხვევაში, მაშინაც კი, როდესაც კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომებისგან დამოუკიდებლად აღინიშნება (J. L. Stoffers 2015).

რანდომიზებული კვლევებით ნაჩვენებია, რომ მაო-იები და სუსი-ები ეფექტურია ადვილად გაღიზიანებისა და ბრაზის შემთხვევაში, მაშინაც, როდესაც პიროვნებას კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომები აღენიშნება (Vita 2011).

## მედიკამენტური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები

- მედიკამენტური მკურნალობა არ გამოიყენება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის სამკურნალოდ.
- გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში (მაგალითად, განმეორებადი თვითდაზიანება, გამოხატული ემოციური მერყეობა, სარისკო ქცევები და გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომები) მედიკამენტები დიდი სიფრთხილით უნდა შეირჩეს.
- ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ხანგრძლივად გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის განვითარების შემთხვევაში კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის გაიდლაინით გავალისწინებული მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს.
- კრიზისის დროს შესაძლებელია სედაციური პრეპარატების ხანმოკლე გამოყენება. მკურნალობის ხანგრძლივობა წინასწარ უნდა შევთანხმდეთ პაციენტთან და არ უნდა აღემატებოდეს 1 კვირას.
- მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნისას აუცილებელია პაციენტს მკურნალობის მნიშვნელობის, წამლის ეფექტურობის (როგორც მოსაზღვრე პიროვნული, ასევე კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში), პრეპარატის გვერდითი ეფექტებისა და სავარაუდო ზიანის შესახებ სათანადო ინფორმაცია მივაწოდოთ.
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის არარსებობის დროს, პრეპარატების უმიზნოდ მიღების თავიდან ასაცილებლად, დანიშნულების მკაცრი მონიტორინგი უნდა უზრუნველვყოთ (NICE Reviewed 2015).

## ფსიქოლოგიური ინტერვენცია

სპეციფიკურმა ფსიქოლოგიურმა მკურნალობის მეთოდებმა, რომლებიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირების დახმარებას ისახავენ მიზნად, დროთა განმავლობაში, მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადეს, რაც აშლილობის კონცეფციის მოდიფიცირებასთანაა დაკავშირებული. „მოსაზღვრე პიროვნული ორგანიზაციის“ თავდაპირველმა ფსიქოანალიზურმა გაგებამ, რაც ნევროზებსა და ფსიქოზებს შორის მოსაზღვრე მდგომარეობებს გულისხმობდა, უფრო მეტად, DSM-III კლასიფიკაციაზე მოახდინა გავლენა (Kernberg 1975). ხოლო ICD-10-ში ეს მიდგომა ნაკლებად აისახა. ამიტომ, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის კონცეფცია ჯერ აშშ-ში დამკვიდრდა, ხოლო ევროპაში 80-იანი წლების მეორე ნახევრამდე ფართო აღიარება არ მოუპოვებია. ამ დროისთვის ფსიქოდინამიური, ქცევითი და კოგნიტური თერაპიები ევროპაში გარკვეულად დანერგილი იყო, თუმცა ერთეულ შემთხვევებში და იშვიათად გამოიყენებოდა.

კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია (კბთ), რომელსაც დეპრესიის დროს იყენებდნენ, განვითარების ძალიან ადრეულ საფეხურზე იმყოფებოდა. თერაპევტებს ხშირად

უხდებოდათ ისეთი დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობის მქონე პაციენტების მკურნალობა, რომლებსაც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა აღენიშნებოდათ. ამან კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპიის შემდგომ განვითარებას შეუწყო ხელი და მისი გამოყენება უფრო კომპლექსური შემთხვევების მართვისთვის გახდა შესაძლებელი. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებისთვის შედარებით სისტემური ფსიქოთერაპიული მეთოდების განვითარება 90-იან წლებში დაიწყო და უკვე არსებული თერაპიების საფუძველზე ჩამოყალიბდა.

ფსიქონალიზური მეთოდები ადაპტირდა და მეტად სტრუქტურირებული გახდა (მაგალითად, კონტრაქტის გაფორმება ექიმ-ფსიქიატრს/ფსიქოთერაპევტსა და პაციენტს შორის). კლასიკური ე.წ. „ცარიელი ეკრანის“ ტექნიკა, რაც თერაპევტის ნეიტრალურ პოზიციას გულისხმობდა, თერაპევტის აქტიური ჩართულობით შეიცვალა. ქცევითი თერაპია სუბციდური და თვითდაზიანების ტენდენციებისთვის დაიხვეწა და ამის საფუძველზე დიალექტიკური ბიჰევიორული თერაპია განვითარდა. კოგნიტურმა და ინტერპერსონალურმა თერაპიებმაც შესაბამისი ადაპტაცია განიცადეს. თუმცა, მიუხედავად ამდენი სპეციფიკური თერაპიის არსებობისა, ფსიქოთერაპიების უმრავლესობა, რომელსაც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს სთავაზობენ, ეკლექტური ხასიათისაა და არც ერთ სპეციფიკურ მეთოდს არ ანიჭებს უპირატესობას.

კლინიკური ფსიქოლოგები შეფასების, ფსიქოლოგიური ფორმულირების, ფსიქოსოციალური ინტერვენციების, მკურნალობის ფორმებისა და სუპერვიზიის მოქნილ სქემებს იყენებენ.

სასურველია, რომ პრაქტიკოსმა ექიმმა-ფსიქიატრმა/ფსიქოთერაპევტმა, რომელიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის პირთან იმუშავებს, სულ ცოტა, ორი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ფსიქოთერაპია შეისწავლოს და შემდგომ კვალიფიკაციის ამალგების ტრენინგი გაიაროს. აუცილებელი არაა, რომ თავის პრაქტიკაში თერაპევტმა რომელიმე კონკრეტული ტექნიკა გამოიყენოს. მაშინაც კი, როდესაც პრაქტიკოსი ერთ რომელიმე სპეციფიკურ ტექნიკას იყენებს, შეიძლება ფსიქოთერაპია სრული ფორმატით ვერ ჩაატაროს (რაც, როგორც კვლევები გვიჩვენებს, პრაქტიკაში ხშირად ხდება).

ფსიქოსოციალურ ინტერვენციას, ჩვეულებრივ, სათანადოდ მომზადებული ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი ან სხვა ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტი ახორციელებს. შესაძლოა ჩატარდეს როგორც ინდივიდუალური, ასევე, ჯგუფური ფსიქოთერაპია.

რამდენიმე რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევით გამოვლინდა, რომ ფსიქონალიზური/ფსიქოდინამიური და დიალექტიკურ - ბიჰევიორული თერაპია ეფექტურია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში. ორივე თერაპიას სამი ძირითადი მახასიათებელი აერთიანებს: 1) ყოველკვირეული ინდივიდუალური სესიის ფსიქოთერაპევტთან; 2) კვირაში ერთი ან ორი ჯგუფური სესია და 3) შეხვედრები თერაპევტსა და კონსულტანტს/სუპერვიზორს შორის.

სისტემური კვლევით, რომელიც რანდომიზებული, კონტროლირებადი და ორი მეტაანალიზური კვლევის მონაცემებს ეფუძნება, გამოვლინდა, რომ დიალექტიკური ბიჰევიორული თერაპია (რომელიც ყველაზე უფრო კარგადაა შესწავლილი მოსაზღვრე

პიროვნული აშლილობის დროს) მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ემოციური დისრეგულაციის სიმპტომების მართვისთვის ძალიან ეფექტურია (Burmeister 2014). კლიემმა და კოლეგებმა (Kliem 2010) 8 რანდომიზებული კონტროლირებადი და 8 ღია კლინიკური კვლევის ანალიზით, დიალექტიკური ბიჰევიორული თერაპიის გლობალურად ზომიერი, ხოლო სუიციდური და თვითდაზიების ტენდენციების მართვაში ზომიერზე მაღალი ეფექტურობა აჩვენეს.

ფსიქოდინამიური ფსიქოთერაპიის გამოხატული ეფექტურობა გამოვლინდა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში როგორც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის, ასევე, დეპრესიის, შფოთვისა და ნერვული ანორექსიის შემთხვევაში, თუმცა შედეგი უფრო გლობალური და არა სპეციფიკური ხასიათისაა (Abbass AA 2013).

26 კვლევის შედეგების საფუძველზე, რომელშიც 1804 შემთხვევაა შეჯამებული, დადგინდა, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ძირითადი და მათთან ასოცირებული ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების მართვაში როგორც ინდივიდუალურ, ასევე, ჯგუფურ ფსიქოთერაპიებს მნიშვნელოვანი როლი უკავიათ (J. V. Stoffers 2012).

კლინიკური გამოცდილებით დასაბუთებულია, რომ ფსიქოთერაპიის ეფექტი შესამჩნევი 1 წლის შემდეგ ხდება. ზოგ პირს, შეიძლება, უფრო ხანგრძლივი მკურნალობაც სჭირდებოდეს. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისა და ინდივიდუალური სიმპტომებისთვის 3 თვეზე ნაკლები ხნით თერაპიის ჩატარება, მიზანშეწონილი არაა.

ფსიქოთერაპიის ტიპის მიუხედავად, იმისთვის რომ მკურნალობის პროცესში ემოციურ აფეთქებებთან გამკლავება შევძლოთ, პაციენტთან თერაპიული ალიანსის დამყარება ძალიან მნიშვნელოვანია. ამ პროცესს ხელს უწყობს იმ სპეციფიკურ მიზნებზე ყურადღების გამახვილება, რომლებიც პიროვნებისთვისაც და თერაპევტისთვისაც მისაღები და მიღწევადია. თერაპიული ალიანსის კონსოლიდაციისთვის მკურნალობასთან დაკავშირებით მკაფიო საზღვრების დადგენა და მათი დაცვა აუცილებელია. მოსალოდნელია, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი დადგენილი წესების შეცვლას ან დარღვევას შეეცდება. სესიების ერთი და იმავე დროს დანიშნვა და სესიაზე დასწრებისა და აქტიურად მონაწილეობის მკაცრად მოთხოვნა ძალიან მნიშვნელოვანია. თერაპევტიც და პაციენტიც თანაბრად უნდა იყვნენ ჩართული მკურნალობის პროცესში.

თერაპევტი აქტიური, ინტერაქტიური და პაციენტისადმი ყურადღებიანი უნდა იყოს. თვითდაზიანებისა და სუიციდის ტენდენციების მუდმივი მონიტორინგი უნდა მოხდეს. ფსიქოთერაპიის ჩატარების დროს შეიძლება პრიორიტეტების იერარქია განისაზღვროს. მაგალითად, დიალექტიკური ბიჰევიორული თერაპიისას, პირველ რიგში, სუიციდურ ქცევებზე უნდა გამახვილდეს ყურადღება. შემდეგ იმ ქცევებზე, რომლებიც თერაპიის პროცესზე უარყოფითად მოქმედებენ, და ბოლოს, იმ სიმპტომებზე, რომლებიც ცხოვრების ხარისხს აუარესებენ.

ასეთივე თანმიმდევრობა შეიძლება ფსიქოანალიტიკური ან ფსიქოდინამიური თერაპიის შემთხვევაშიც დაიგეგმოს. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირთა დიდ ნაწილს ბავშვობაში ძალადობა ან უარყოფა აქვთ გამოცდილი. ასეთი გამოცდილებისა და ამით

გამოწვეული განცდებისა და გრძნობების ემპათიური შეფასება ძალიან მნიშვნელოვანი ინტერვენციაა. ეს პროცესი თერაპიული ალიანსის გამყარებაზეც დადებითად მოქმედებს.

ბევრი ადამიანი, ვისაც წარსულში ტრავმა აქვს გადატანილი, საკუთარ თავს ადანაშაულებს. თერაპევტმა პიროვნებას უნდა აუხსნას, რომ ბავშვობისდროინდელ ძალადობასა და უარყოფაში მას ბრალი არ მიუძღვის, თუმცა ამჟამად თავისი ქცევების კონტროლზე და მოჭარბებულ თვითდესტრუქციულ ქმედებებზე თავადაა პასუხისმგებელი. ფსიქოთერაპიამ, რომელიც უპირატესად წარსულის განცდებზეა ორიენტირებული და მიმდინარე პრობლემებზე ყურადღებას არ ამახვილებს, პიროვნება შეიძლება რეალობას მოწყვიტოს. თერაპევტების უმეტესობა მიიჩნევს, რომ ინტერვენციები, როგორცაა: ინტერპრეტაცია, კონფრონტაცია და კლარიფიკაცია, უფრო მეტად „აქ და ამჟამად“ მიდგომას უნდა ითვალისწინებდეს და წარსულზე ნაკლებად უნდა იყოს მიმართული.

„აქ და ახლა“ კონტექსტში წარსულში გადატანილი მოვლენების ინტერპრეტაცია პიროვნებას არაადაპტაციური ქცევების პატერნების დანახვაში ეხმარება, რომლებსაც ცხოვრების მანძილზე განმეორებადი ხასიათი აქვთ. უფრო მოსალოდნელია, რომ პიროვნება მაშინ უფრო შეცვლის თავის ქცევას, თუ იგი ამ ქცევის უარყოფით შედეგებს გააცნობიერებს.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პიროვნების სუსტი და ძლიერი მხარეები ფართო დიაპაზონში მერყეობს, რაც თერაპევტისგან მაქსიმალური მოქნილობის უნარს მოითხოვს. გაუცნობიერებელი პატერნების ინტერპრეტაცია, შეიძლება, პაციენტისთვის სასარგებლო აღმოჩნდეს და ინსაიტზე დადებითი გავლენა მოახდინოს. თანადგომა მეგობრულ ურთიერთობაში არ უნდა აგვერიოს. თანადგომის სწორი გაგება, პიროვნების მიერ გადატანილი გამოცდილების შეფასებასა და გაცნობიერებაში დახმარებას და ადაპტაციური დაცვითი მექანიზმების გაძლიერების ხელშეწყობას მოიცავს. ინტერპრეტაციული კომენტარები და საკითხების ახსნა ხშირად თანადგომის სინერგიულად მუშაობს.

თერაპიის უმეტესი დრო თერაპიული ურთიერთობის დამყარებას ხმარდება. თერაპევტმა პაციენტის არარეალისტურად ნეგატიური ან არარეალისტურად პოზიტიური დამოკიდებულების მართვა უნდა შეძლოს, ვინაიდან ეს მკურნალობის პროცესზე უარყოფითად აისახება. ინტენსიური ემოციების კონტროლის უნარი როგორც პაციენტის, ასევე, ფსიქოთერაპევტის მხრიდან, კარგი ფსიქოთერაპიისთვის მთავარი პირობაა. სხვა სპეციალისტებთან და სუპერვაიზორთან საუბარი და ფსიქოთერაპიაში ჩართვა თერაპევტს შეკავებული ემოციებისგან გათავისუფლებაში ძალიან დაეხმარება.

კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ეფექტური თერაპია რეფლექსიისა და არა იმპულსური ქცევის წახალისებაზე უნდა იყოს მიმართული. თერაპევტმა ხელი უნდა შეუწყოს, რომ პიროვნება თვითდაკვირების პროცესში ჩაერთოს და გაერკვეს, რა განაპირობებს მის ქცევებს, მოტივაციასა და აფექტურ მდგომარეობას. ამასთან, ფსიქოთერაპია ეხმარება პიროვნებას შედეგების მიხედვით შეაფასოს მოვლენები, რაც მისი მსჯელობის უნარს აუმჯობესებს.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, დისოციაცია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ერთ-ერთი დამახასიათებელი სიმპტომია. პიროვნება საკუთარ თავს და სხვებს, როგორც „ყველა კარგია“

ან „ყველა ცუდია“ ისე აღიქვამს. ეს ფენომენი მსგავსია იმისა, რასაც ბეკი და ფრიმანი (Beck and Freeman) „დიქტომურ“, ხოლო ლინეჰანი (Linehan) „ყველა ან არავინ“ აზროვნებას უწოდებდნენ. თერაპევტმა უნდა იმუშაოს იმაზე, რომ პიროვნებას უკიდურესად ნეგატიურ და უკიდურესად პოზიტიურს შორის სხვა ტონებიც დაანახოს. ფსიქოთერაპია უნდა დაეხმაროს პიროვნებას, გააცნობიეროს, რომ მათ მიერ სხვა პირების (მათ შორის თერაპევტის) აღქმა მათი წარმოსახვის შედეგია და რეალობას არ შეესაბამება.

იმპულსური ქცევის საფრთხის გამო თერაპევტმა გარკვეული შეზღუდვები უნდა დააწესოს. მაგალითად, პირობა ჩამოართვას თვითდესტრუქციულ ქცევებთან დაკავშირებით ან შეათანხმოს, რომ თუ პიროვნება აღნიშნულ წესებს დაარღვევს, შეწყვეტს თერაპიას.

კვლევები გვიჩვენებს, რომ ფსიქოდინამიური თერაპიის დროს ერთი ან ორი სეანსი კვირაში ერთი წლის მანძილზე მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირისთვის შეიძლება ეფექტური აღმოჩნდეს. უფრო მძიმე შემთხვევებში შეიძლება კვირაში ოთხი ან ხუთი სეანსი იყოს საჭირო. შესაძლებელია, რომ კარგად მომზადებული და საზრიანი ფსიქოთერაპევტის მიერ ცალკეულ შემთხვევებში პიროვნების მდგომარეობის კარგი ანალიზი გაკეთდეს. თუმცა, თერაპევტების უმეტესობა თანხმდება, რომ კვირაში 1-3 პირისპირ შეხვედრა უფრო ეფექტურია, ვიდრე ფსიქოანალიზი.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ფსიქოანალიზური/ფსიქოდინამიური ინდივიდუალური თერაპიის გამოყენებასთან დაკავშირებით ფართო ლიტერატურული მონაცემები არსებობს. მათი შედეგების მიხედვით ყველაზე პრობლემური საკითხები ტრანსფერისა და კო-ტრანსფერის პროცესთანაა დაკავშირებული. თუმცა, სწორედ ეს ასპექტებია, რაც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობის წარმატებულობის იმედს იძლევა.

ტრანსფერი (transference) პიროვნების წარსული განცდებისა და გრძნობების თერაპევტზე, ხოლო კო-ტრანსფერი (Countertransference) თერაპევტის ემოციების პაციენტზე გადატანას გულისხმობს.

ჯგუფურ თერაპიაზე, შედარებით, ნაკლები ლიტერატურა არსებობს. ზოგადად, ჯგუფური თერაპია ინდივიდუალურ ან სხვა თერაპიებთანაა კომბინირებული, ვინაიდან არსებობს მოსაზრება, რომ კომბინირებული მკურნალობა უკეთესია, ვიდრე მხოლოდ ჯგუფური. კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ჯგუფური თერაპიისთვის შედარებით ჰომოგენური - მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის მქონე პაციენტების შერჩევაა რეკომენდებული. შესაძლოა ჯგუფში, დეპრესიის, შიზოიდური და ნარცისული პიროვნული აშლილობების დიაგნოზის მქონე პირების გაერთიანებაც. ზოგადად მიღებულია, რომ ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის ან ფსიქოზური პაციენტების ან იმ პირების, რომლებიც წამალს და ალკოჰოლს მოიხმარენ ჯგუფში დამატება არ შეიძლება.

ოჯახის წევრების ფსიქოგანათლება დადებით გავლენას ახდენს კომუნიკაციაზე და ამცირებს კონფლიქტურობას. ფსიქოთერაპიის პროცესში ოჯახის წევრების ჩართულობაზე განსხვავებული მოსაზრებები არსებობს. ზოგი თერაპევტი თვლის, რომ უმჯობესია პიროვნება მოვაცილოთ ოჯახურ გარემოს და ისე ჩავუტაროთ მკურნალობა, ზოგი კი

მიიჩნევს, რომ პიროვნებასა და მისი ოჯახის წევრებს ერთად უნდა ჩაუტარდეთ ფსიქოთერაპია. კლინიკური გამოცდილებით ნაჩვენებია, რომ ოჯახური თერაპია განსაკუთრებით ეფექტურია იმ შემთხვევაში, როდესაც ოჯახი მნიშვნელოვანია პიროვნებისთვის ან იგი ფინანსურადაა დამოკიდებული მასზე.

ოჯახის წევრებისგან მხარდაჭერის არქონა მკურნალობისთვის თავის დანებების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია. ოჯახთან მუშაობის საჭიროება უნდა განისაზღვროს ოჯახში არსებული პათოლოგიისა და ცალკეული წევრების ძლიერი და სუსტი მხარეების გათვალისწინებით.

## ფსიქოლოგიური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში ფსიქოთერაპიის შერჩევას უნდა გავითვალისწინოთ:
  - პაციენტის უპირატესი არჩევანი;
  - მდგომარეობის სიმწვავე და ფუნქციონირების გაუარესების ხარისხი;
  - პაციენტის თერაპიაში ჩართვის სურვილი და მოტივაცია;
  - პაციენტის თერაპიული ურთიერთობის შენარჩუნების უნარი;
  - პროფესიული დახმარების ხელმისაწვდომობა.
- იმისთვის, რომ პიროვნებამ ინფორმარებული გადაწყვეტილების მიღება შეძლოს, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ან კომორბიდული ფსიქოლოგიური მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია, პიროვნებას მკურნალობის მნიშვნელობის, სხვადასხვა ტიპის თერაპიისა და მათი ეფექტურობის (როგორც მოსაზღვრე პიროვნული, ასევე, კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში) შესახებ სათანადო ინფორმაცია, მისთვის გასაგები მეთოდებით (მაგალითად, საკითხავი მასალით ან, დასწავლის დარღვევების შემთხვევაში, ვიდეო მასალით) მივაწოდოთ.
- ფსიქოლოგიური თერაპიის ჩატარების დროს, განსაკუთრებით, თუ პიროვნებას კომორბიდობა ან მწვავე დისფუნქცია აღენიშნება, სტრუქტურირებული და ინტეგრირებული მიდგომა აუცილებელია.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ან ინდივიდუალური სიმპტომებისთვის ხანმოკლე (3 თვეზე ნაკლები ხანგრძლივობის) ფსიქოლოგიური ინტერვენციის გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.
- თვითდაზიანების ტენდენციების დროს უპირატესობა დიალექტიკურ ბიჰევიორულ თერაპიას უნდა მივანიჭოთ.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ფსიქოთერაპიული მკურნალობის ეფექტის მონიტორინგი სიმპტომთა ფართო სპექტრზე, მათ შორის: პიროვნულ ფუნქციონირებაზე, წამალ და ალკოჰოლმომხმარებაზე, თვითდაზიანებაზე, დეპრესიასა და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დამახასიათებელ სიმპტომებზე უნდა ხორციელდებოდეს ( (NICE Reviewed 2015).



## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მართვა

### შეფასება

კლინიკისტმა თავდაპირველად **ინიციალური შეფასება** უნდა ჩატაროს და მკურნალობის ჩატარების ადგილი (სტაციონარული თუ ამბულატორიული მკურნალობაა საჭირო) განსაზღვროს. ვინაიდან მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს 8-10% - ში დასრულებული სუიციდი აღინიშნება, მდგომარეობის შეფასებისას სუიციდურ ტენდენციებს უნდა მივანიჭოთ უპირატესობა. მკურნალობის ადგილის განსაზღვრისას (სტაციონარული, ამბულატორიული თუ სხვა ტიპის) უნდა გავითვალისწინოთ სერვისის ხელმისაწვდომობა და სიმპტომების სიმწვავე.

ინიციალური შეფასების შემდეგ უფრო სრულფასოვანი შეფასება უნდა ჩატარდეს. უნდა განისაზღვროს: კომორბიდული აშლილობის არსებობა, საჭიროებები და მიზნები, ფსიქოლოგიური კონფლიქტი და დაცვის მექანიზმები, ადაპტაციური და არადაპტაციური გამკლავების სტრატეგიები, პიროვნების განვითარების ეტაპები და ფსიქოსოციალური სტრესორები. უნდა მოხდეს ბიოლოგიური, ინტერპერსონალური, ოჯახური, სოციალური და კულტურული ფაქტორების გამოვლენა.

სპეციალური ყურადღება უნდა გამახვილდეს დიფერენციალურ დიაგნოზზე. მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობისას უნდა გავითვალისწინოთ, რომ პროგნოზი, ზოგადად უფრო ცუდია, როდესაც პიროვნებას მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა აღენიშნება. ამიტომ კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობისას რეალისტური მიზნები უნდა დავისახოთ და პაციენტის ახლობლებსაც არაღეარისტური იმედი არ უნდა მივცეთ.

### თერაპიული გარემოს შექმნა

მკურნალობის წარმართვისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია მკაფიო და ნათელი „ხელშეკრულების“ გაფორმება. ასეთი მიდგომა, განსაკუთრებით მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მუშაობისას არის აუცილებელი. ამ ხელშეკრულების გამოყენება დაგვეხმარება, თავიდან ავიცილოთ პაციენტის შემოტევები მკურნალობის გეგმების ცვლილებასთან დაკავშირებით.

სესიების მიზანი კლინიკისტმა და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირმა ერთად უნდა შეათანხმონ (მაგალითად, სიმპტომების შემცირება, პიროვნული ზრდა, ფუნქციონირების გაუმჯობესება). წინასწარ უნდა დადგინდეს მათი მოლოდინი და ჩართულობის ხარისხი, მაგალითად, პიროვნებამ კონფლიქტზე, დისფუნქციაზე, ცხოვრებისეულ ცვლილებებზე უნდა ისაუბროს, ხოლო კლინიკისტი ვალდებულია, რომ პიროვნებას მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხები განუმარტოს, პატივისცემით, ყურადღებითა და თავშეკავებით მოექცეს და გონივრული უკუკავშირი მისცეს, რომელიც პაციენტს მიზნის მიღწევაში დაეხმარება. აუცილებლად უნდა განისაზღვროს, თუ 1. როდის,

სად და რა სიხშირით ჩატარდება სესიები; 2. რომელ საათებშია შესაძლებელი თერაპევტთან დაკავშირება და 3. როგორი იქნება გადახდის გრაფიკი. მნიშვნელოვანია კრიზისული გეგმის შემუშავება ( APA Practice Guidelines 2010).

## **მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შეფასების ზოგადი რეკომენდაციები**

### **ზოგადი შეფასება**

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირის რუტინული შეფასება, მკურნალობა და მართვა სათემო და სპეციალიზირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში უნდა ხდებოდეს.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირის შეფასებისას სრულად უნდა შეფასდეს: ფსიქოლოგიური და ოკუპაციური ფუნქციონირება, გამკლავების სტრატეგიები, კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა, სოციალური პრობლემები და ფსიქოსოციალური მკურნალობის საჭიროება, სოციალური დახმარება, ოკუპაციური რეაბილიტაცია და მათზე დამოკიდებული შვილის/ბავშვის საჭიროებები.

### **მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ახალგაზრდა პირის იდენტიფიცირება**

ნიშნები, რომლებიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის არსებობის შესაძლებლობაზე მიუთითებენ, მოიცავენ:

- ხშირ სუიციდურ ქცევას ან თვითდაზიანებას;
- გამოხატულ ემოციურ მერყეობას;
- სიმპტომების ინტენსივობის მატებას;
- სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობის კომორბიდობას;
- არსებული სიმპტომების მკურნალობისადმი რეზისტენტობას;
- ფუნქციონირების გამოხატულ დარღვევას (NICE Reviewed 2015).

### **რისკის შეფასება**

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს აგრესიისა და სუიციდის რისკი ყოველთვის უნდა შეფასდეს, რაც მოიცავს შემდეგი ინფორმაციის მოძიებას:

### **აგრესიული ქცევის რისკის შეფასება**

➤ ამჟამინდელი აგრესიული ან ფსიქოზური იდეები, მათ შორის ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის ან ჰომიციდის აზრები;

➤ წარსულში აგრესიული ან ფსიქოზური იდეები, მათ შორის სექსუალური ან ფიზიკური ძალადობის ან ჰომიციდის აზრები;

➤ წარსულში აგრესიული ქცევა (მაგალითად, ჰომიციდი, ოჯახური ძალადობა ან ძალადობა სამსახურში ან სხვა ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის აქტი);

➤ სამართლებრივი ან დისციპლინური სასჯელი წარსული აგრესიული ქმედების გამო;

➤ ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ფსიქიატრიული პრობლემით მიმართვის ანამნეზი;

➤ ამჟამად ან წარსულში წამალმომხმარებლის და ალკოჰოლმომხმარებლის ანამნეზი;

➤ ფსიქოსოციალური სტრესორის არსებობა;

➤ პიროვნების მიმართ ძალადობისა ან აგრესიული ქცევის გამოცდილება, მათ შორის ბავშვობისდროინდელი ძალადობა ან საომარი მოქმედებების დროს განცდილი ძალადობა;

➤ წარსულში ან ამჟამად ნეიროკოგნიტური ან ნევროლოგიური დაავადებებისა ან სიმპტომების არსებობა;

**აგრესიული აზრების არსებობის შემთხვევაში უნდა შევამოთ:**

➤ პიროვნების იმპულსურობა, მათ შორის, ბრაზის მართვის უნარი;

➤ ცეცხლსასროლ იარაღზე ხელმისაწვდომობა;

➤ პიროვნება წარმოადგენს ინდივიდთა იმ ჯგუფს, რომლის მიმართაც ამჟამად ან წარსულში ხორციელდებოდა აგრესიული ქმედება ან ჰომიციდი;

➤ ძალადობრივი ქცევის ოჯახური ანამნეზი.

**კლინიცისტი, ვინც ატარებს პირველად ფსიქიატრიულ შეფასებას:**

• უნდა აღწეროს და წერილობით დააფიქსიროს აგრესიული ქცევის (მათ შორის ჰომიციდის) რისკი და ფაქტორები, რომლებიც ამ რისკზე ახდენენ გავლენას.

## სუიციდის რისკის შეფასება

➤ ამჟამინდელი სუიციდური იდეები, გეგმები, მათ შორის აქტიური და პასიური აზრები თვითმკვლელობასა ან სიკვდილზე;

➤ წარსულში სუიციდური იდეები, გეგმები, მცდელობა, თვითდაზიანება, შეწყვეტილი სუიციდის ანამნეზი;

➤ პანიკური შეტევების არსებობა და შფოთვის ნიშნები;

➤ უიმედობის განცდა;

➤ იმპულსურობა;

➤ ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ფსიქიატრიული პრობლემით მიმართვის ანამნეზი;

➤ ამჟამად ან წარსულში წამალმომხმარებლის და ალკოჰოლმომხმარებლის ანამნეზი;

➤ ფსიქოსოციალური სტრესორის არსებობა (მაგალითად, ფინანსური, საცხოვრებელთან, დასაქმებასთან ან ურთიერთობებთან დაკავშირებული, ან სამართლებრივი პრობლემები, სოციალური მხარდაჭერის არქონა, სომატური დაავადება, რომელიც ძლიერ ტკივილს ან შესაძლებლობების შეზღუდვას იწვევს ან ტერმინალური მდგომარეობა);

➤ ამჟამინდელი აგრესიული ან ფსიქოზური იდეები, მათ შორის ფიზიკური ან სექსუალური აგრესია ან ჰომიციდი;

➤ გუნება-განწყობის, შფოთვის, აზრების შინაარსის, აღქმისა და კოგნიტური ფუნქციების შეფასება;

➤ წარსული და ამჟამინდელი ფსიქიატრიული ანამნეზის არსებობა;

➤ ფსიქოტრავმის ისტორია.

**სუიციდის რისკის არსებობისას უნდა შევაფასოთ:**

➤ პიროვნების ამჟამინდელი მდგომარეობა;

➤ თვითმკვლელობის იარაღზე ხელმისაწვდომობა;

➤ სუიციდის სავარაუდო მოტივი (მაგალითად, სხვების დამოკიდებულება მის მიმართ, შურისძიება, სირცხვილი, თვითბრალდების აზრები, იმპერატიული ჰალუცინაცია);

➤ ცხოვრების გაგრძელების მიზეზები (მაგალითად, პასუხისმგებლობა შვილების მიმართ, რელიგიურობა);

➤ თერაპიული ალიანსის ხარისხი და სიმტკიცე;

➤ სუიციდის ან ჰომიციდის ოჯახური ანამნეზი.

➤ წარსულში განხორციელებული ყველა სუიციდური მცდელობის დეტალური შეფასება (მაგალითად, კონტექსტი, მეთოდი, დაზიანების ხარისხი, პოტენციური ლეტალობა, განზრახვა).

**კლინიცისტი, ვინც ატარებს პირველად ფსიქიატრიულ შეფასებას:**

- უნდა აღწეროს და წერილობით დააფიქსიროს სუიციდის რისკი და ფაქტორები, რომლებიც ამ რისკზე ახდენენ გავლენას.

### რისკის მართვა

- რისკის გამოვლენის შემდეგ პიროვნებასთან შეთანხმებული რისკის დაძლევის გეგმა უნდა შემუშავდეს, რომელშიც როგორც დაუყოვნებელი, ასევე, მოგვიანებითი რისკის მართვის სტრატეგია იქნება გათვალისწინებული;
- სათემო სერვისში მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის პირებთან მუშაობისას რისკის მართვაში მთელი გუნდი უნდა იყოს ჩართული. სუპერვიზია აუცილებელია, განსაკუთრებით მაშინ, როცა გუნდის წევრები ნაკლებად გამოცდილები არიან. ყურადღებას საჭიროებენ ის პირები, რომელთა ანამნეზი კარგად არაა ცნობილი და სუიციდის მაღალი რისკი აღენიშნებათ;
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მომუშავე გუნდმა რეგულარულად (წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად, თუ სათემო გუნდი მუდმივად მაღალი რისკის პირებთან მუშაობს) უნდა შეაფასოს გუნდის წევრების მგრძობელობა და ტოლერანტობა იმ პირების მიმართ, რომლებიც საკუთარი

თავისთვის ან ირგლივ მყოფებისთვის საფრთხეს წარმოადგენენ (APA Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults, 2015).

### ზრუნვის დაგეგმვა

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირთან მომუშავე გუნდმა სრულფასოვანი, მულტიდისციპლინური ზრუნვის გეგმა პიროვნებასთან (და მისი თანხმობის შემთხვევაში, ასევე, ოჯახის წევრებთან) შეთანხმებით უნდა შეიმუშავოს.
- ზრუნვის გეგმა მოიცავს:
  - მკურნალობის გეგმას;
  - მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო და სოციალური სამსახურის ყველა სპეციალისტის როლსა და ფუნქციებს;
  - მკურნალობის ხანმოკლე მიზნებს და კონკრეტულ ნაბიჯებს, რომელიც ამ მიზნების მისაღწევად ყველა მონაწილე პირმა უნდა განახორციელოს;
  - გრძელვადიან მიზნებს, მათ შორის დასაქმებისა და სამსახურის შოვნის გეგმებს, რომლის მიღწევაც პიროვნებას სურს (დასახული მიზანი რეალისტური, მიღწევადი და ხანმოკლე მკურნალობის მიზნებთან თანხვედრაში უნდა იყოს);
  - კრიზისულ გეგმას, რომელშიც პოტენციური საფრთხე და მართვის სტრატეგიაა განსაზღვრული. გეგმაში მითითებული უნდა იყოს კრიზისული სერვისების საკონტაქტო ინფორმაცია და სამუშაო საათები.

### ჰოსპიტალიზაციის დროს შემდეგი საკითხები უნდა მივიღოთ მხედველობაში:

- საშიში და იმპულსური ქცევები, რომელთა მართვა ძნელია ამბულატორიულ სერვისებში;
- მკურნალობის რეჟიმის დაცვის პრობლემები და კლინიკური მდგომარეობის გაუარესება;
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის არსებობა, რომელსაც ინტენსიური კლინიკური დაკვირვება ესაჭიროება;
- ფუნქციონირების გამოხატული გაუარესება სამსახურში, სახლში, რომელიც ამბულატორიული მკურნალობით არ უმჯობესდება;
- სხვების მიმართ საშიში ქცევა;
- სუიციდურ აზრებზე კონტროლის დაკარგვა და სერიოზული სუიციდის მცდელობა;
- გარდამავალი ფსიქოზური ეპიზოდები, რასაც იმპულსური ქცევები ან მსჯელობის დარღვევები ახლავს თან.

### ჰოსპიტალიზაციის ჩვენება:

- პერსისტენტული და მწვავე სუიციდობა, თვითდესტრუქციული ქცევა, რომელიც ამბულატორიული მკურნალობით არ შესუსტდა;
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა (კვების დარღვევები, გუნება-განწყობის აშლილობა), რომელიც საფრთხეს უქმნის პიროვნების სიცოცხლეს;

- კომორბიდული წამალმოხმარება და დამოკიდებულება, რომელიც მწვავეა და ამბულატორიული მკურნალობა უშედეგოა;
- გახანგრძლივებული ძალადობრივი ქცევა სხვების მიმართ;
- ფუნქციონირების გამოხატული გაუარესება სამსახურში, სახლში, რომელიც ამბულატორიული მკურნალობით არ გაუმჯობესდა (NICE Reviewed 2015).

## მდგომარეობები, რომლებიც მკურნალობაზე ახდენენ გავლენას

### კომორბიდობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კომორბიდობის ალბათობა ძალიან მაღალია. ხშირია გუნება-განწყობის, წამალმოხმარების, კვებითი აშლილობის (განსაკუთრებით ბულემიის), პოსტტრავმული აშლილობის, შფოთვითი, დისოციაციური, ყურადღების დეფიციტითა და ჰიპერაქტივობით მიმდინარე აშლილობები. კომორბიდული აშლილობის მართვისთვის შესაბამისი მდგომარეობის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური სახელმძღვანელო რეკომენდაციები უნდა გამოვიყენოთ.

### წამალმოხმარება

წამალმოხმარება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ხშირი თანმხლები მდგომარეობაა, რაც გადაუდებელი მკურნალობის პირდაპირი ჩვენებაა. პიროვნებას, რომელსაც მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობასთან ერთად წამალდამოკიდებულება აღენიშნება, სუიციდისა და ძალადობის რისკი მნიშვნელოვნად აქვს მომატებული. ხშირ შემთხვევაში წამალმოხმარებას იმპულსური ხასიათი აქვს და თვითდესტრუქციულ ქცევებს განაპირობებს. პაციენტი თვითდაზიანებას, პროვოკაციულ, ძალადობრივ და სარისკო (შესაძლოა ჰომიციდური ქცევაც) ქცევებს მიმართავს.

წამალდამოკიდებული მოსაზღვრე აშლილობის მქონე პირები პრობლემის მოცულობასა და ხარისხს ნაკლებად აცნობიერებენ, განსაკუთრებით თერაპიის საწყის ეტაპზე. ამიტომ, მიზანშეწონილია, რომ პიროვნებას წამალდამოკიდებულებასთან დაკავშირებით შესაბამისი მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს. მას რისკისა და მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაცია უნდა მივაწოდოთ.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს წამალ- და ალკოჰოლდამოკიდებულების აქტიური მკურნალობა ძალიან მნიშვნელოვანია. თუ ამბულატორიული მკურნალობა არაეფექტურია, მაშინ პიროვნებას შეიძლება სტაციონარული მკურნალობა შევთავაზოთ. კლინიკური გამოცდილებით ალკოჰოლდამოკიდებულების დროს დისულფირამის დანიშვნა, ზოგჯერ, კარგ შედეგს გვაძლევს, თუმცა იმპულსურობისა და რეჟიმის დაცვის სირთულეების გამო, ძალიან ფრხილად უნდა გამოვიყენოთ. შეიძლება სხვა მედიკამენტიც დაინიშნოს, რომელიც ალკოჰოლმოხმარებისას ეფექტურად ითვლება (მაგალითად, ნალტრექსონი).

კოკაინის ან სხვა წამალმომხმარებლის შემთხვევაში, შეიძლება, თორმეტი საფეხურის პროგრამა გამოვიყენოთ. ოპიოიდების ანტაგონისტი (მაგალითად, ნალტრექსონი), რომელსაც ჰიპერდოზირებისას იყენებენ, შეიძლება, ასევე, დამოკიდებულების შესუსტებისთვისაც იყოს ეფექტური. თუმცა, ამისთვის მკურნალობის რეჟიმის დაცვა ძალიან მნიშვნელოვანია.

უნდა გვახსოვდეს, რომ წამალმომხმარება ხშირად დეპრესიისა ან შფოთვითი აშლილობების გადაფარვას ახდენს. ასეთ შემთხვევებში, კლინიკისტების აზრით, ანტიდეპრესანტების ან ბუსპირონის დანიშვნამ, შეიძლება დამოკიდებულების დაძლევის ხელი შეუწყოს.

## ძალადობრივი და ანტისოციალური ქცევა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის პირებისთვის აგრესიული ქცევა დამახასიათებელია. გაბრაზების დროს პიროვნებამ შეიძლება ოჯახის წევრებს ან ფსიქოთერაპევტს რაიმე ნივთი ესროლოს ან ფიზიკურად შეეხოს მათ. ზოგი საკუთარი შვილების მიმართ ძალადობას ავლენს. ზოგჯერ, ისინი კრიმინალურ ქმედებებში (ქურდობა, ძარცვა, ნარკოვაჭრობა) არიან ჩართულები, რაც ხშირ დაჭერებთანაა დაკავშირებული.

თერაპიული სტრატეგია ანტისოციალური ნიშნების სიმწვავეზეა დამოკიდებული. როდესაც ანტისოციალური თვისებები ზომიერადაა გამოხატული (მაგალითად, მაღაზიდან საგნებს მხოლოდ ძლიერი სტრესის დროს იპარავენ), კლინიკური პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ კოგნიტური თერაპია ძალიან ეფექტურია (პაციენტს უნდა დავეხმაროთ, რომ რისკისა და სარგებლის და ხანმოკლე და გრძელვადიანი შედეგების შედარებითი შეფასება შეძლოს. მას ალტერნატიული სტრატეგიული დაძლევის სქემა უნდა შევთავაზოთ). თერაპიის დროს ფსიქოგანათლება ეხმარება პიროვნებას, რომ გრძელვადიან პერსპექტივაში სოციალურად მისაღები ქცევის უპირატესობა გააცნობიეროს (Euler 2015).

უფრო გამოხატული ანტისოციალური ქცევის შემთხვევაში, შეიძლება რეზიდენციული მკურნალობა გახდეს საჭირო. ჯგუფური თერაპია საუკეთესო არჩევანია ასეთი პირებისთვის. ეპიზოდური რისხვის შემთხვევაში გუნება-განწყობის სტაბილიზატორებისა და სუსი-ების დანიშვნა რეკომენდებული (64, 69).

ანტისოციალური ნიშნების დომინირებისას და გაზრდილი საფრთხის დროს ნებისმიერი ფსიქოთერაპია არაეფექტურია. ამ დროს პიროვნება შესაძლებელია სტაციონარში მოთავსდეს. როდესაც პიროვნება კონკრეტული პიროვნების მიმართ ავლენს აგრესიას, პოტენციური მსხვერპლისთვის რისკის შემცირება უნდა უზრუნველვყოთ (Wapp 2015).

კლინიკისტებმა უნდა იცოდნენ, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ზოგი პირი თერაპიის მიმართ რეზისტენტულია და მათთან შედეგის მიღწევა ძალიან ძნელია. განსაკუთრებით, თუ საქმე გვაქვს ანტისოციალური და გამოხატული ნარცისული თვისებების პირებთან, რომლებსაც გრანდიოზულობა, სიფიცხე, სინანულის არქონა, მანიპულაციური ქცევა და მოტყუებისადამი მიდრეკილება ახასიათებთ. მკურნალობა, ასევე, უშედეგოა, როდესაც პიროვნება ძლიერი ეჭვიანობის გრძობითა ან სამაგიეროს გადახდის სურვილითაა შეპყრობილი.

## ქრონიკული თვითდესტრუქციული ქცევა

თვითდესტრუქციული ქცევა პიროვნული აშლილობის უშუალო სიმპტომია, რაც მოიცავს: სარისკო და კრიმინალურ ქცევებს, ავტომანქანის გაუფრთხილებელ მართვას, თანხების გაფლანგვას, წამალმომხმარებას, უკონტროლო ჭამას და სასაქმებლების გამოყენებას, განურჩეველ სექსუალურ კავშირებს, თვითდაზიანებას და სუიციდის მცდელობებს. ითვლება, რომ ეს ქცევა ინტენსიურ ემოციებსა და იმპულსებთან გამკლავების უუნარობითაა გამოწვეული. კლინიცისტები, რომლებსაც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მართვის დიდი გამოცდილება აქვთ, მიიჩნევენ, რომ ყველა სესიის წინ ფსიქოთერაპევტმა პრიორიტეტების იერარქია უნდა შეიმუშავოს. სუიციდი და თვითდესტრუქციული ქცევა ყველაზე უპირველესი ამოცანა უნდა იყოს. ასეთი ქმედების შესაძლო რისკი ყოველმხრივ უნდა შეფასდეს და პიროვნებას უსაფრთხოების შენარჩუნებაში დახმარება უნდა გაეწიოს. ქრონიკული თვითდაზიანების დროს პიროვნებას, შეიძლება უფრო ნაკლებად ინვაზიური მეთოდები შევთავაზოთ და ინსაიტზე ვიმუშავოთ. სუსი-ების დანიშვნა შეიძლება ეფექტური აღმოჩნდეს.

ექსპერტთა უმრავლესობა თანხმდება, რომ მკურნალობის პროცესში გარკვეული ლიმიტი უნდა დაწესდეს. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირი იმდენად ხშირად არის ასეთ ქცევაში ჩართული, რომ შესაძლოა მკურნალობის ძირითადი დრო ამ შემთხვევების მართვას დასჭირდეს. ამ დროს კო-ტრანსფერის განვითარების რისკი მაღალია. თერაპევტმა შეიძლება ჩათვალოს, რომ მკურნალობის დასახული მიზნები დავიწყებულია და თერაპიული ალიანსი დარღვეულია. ლიმიტი იმ ქცევებზე უნდა დაწესდეს, რომელიც პაციენტისთვის, ფსიქოთერაპევტისთვის ან თერაპიისთვისაა დესტრუქციული. ეს, ბუნებრივია, არ ნიშნავს, რომ პიროვნებას ულტიმატუმი უნდა წავუყენოთ და ვუთხრათ, რომ თუ ცუდად მოიქცევა, მკურნალობას შევწყვეტთ. მას უნდა ავუხსნათ, რომ თერაპიის წარმართვა მხოლოდ გარკვეულ პირობებშია შესაძლებელი.

ფსიქოთერაპევტი უნდა დაეხმაროს პიროვნებას, რომ მან ქრონიკული დესტრუქციული ქცევების შედეგების გაცნობიერება შეძლოს. ასეთ შემთხვევაში ქცევა თანდათანობით ეგო სინტონურიდან ეგო დისტონურში გადავა (ეს ნიშნავს, რომ ქცევა უფრო დისტრესული გახდება პიროვნებისთვის, თუ მისი რეფლექსია საზიანო შედეგების მიმართ გაიზრდება). ქცევის კონტროლის სტრატეგიაზე მუშაობით პაციენტი და თერაპევტი უფრო მჭიდრო თერაპიულ კავშირს დაამყარებენ.

ძლიერად გამოხატული და არაკონტროლირებადი თვითდესტრუქციული ქცევის დროს, როდესაც პიროვნებას არ აქვს ქცევის შეცვლის სურვილი, შეიძლება სტაციონარული მკურნალობა გახდეს საჭირო.

## სუიციდი

სუიციდური აზრები, ქმედებები და მცდელობა ხშირია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში. პაციენტთა 8-10% თვითმკვლელობით ასრულებს ცხოვრებას. მოსაზღვრე



პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში სუიციდის რისკის განსაზღვრა მნიშვნელოვანი კლინიკური გამოწვევაა, რაც სხვადასხვა მიზეზითაა განპირობებული, კერძოდ:

1. სუიციდი შეიძლება იყოს მწვავე, ქრონიკული ან ორივე ერთად;

2. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს ხშირად ქრონიკული სუიციდური ტენდენციები და თვითდესტრუქციული ქცევები ახასიათებთ, ამიტომ ძნელია ზუსტად იმის თქმა, რომ მოცემულ მომენტში რისკი გაზრდილია, თუ შემცირებული;

3. სუიციდის მიმართ გაძლიერებული ყურადღების მიუხედავად, ძნელია მძიმე თვითდაზიანებისა ან სუიციდის წინასწარ განსაზღვრა, ვინაიდან ასეთი საქციელი მათ იმპულსურად შეიძლება ჩაიდინონ;

4. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან, პოტენციურად რთული თერაპიული ალიანსის დამყარების გამო, სუიციდისა და თვითდაზიანების პრევენციის მიზნით თანამშრომლობა, შესაძლოა, უშედეგო აღმოჩნდეს.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს სუიციდის მართვა შემდეგ ძირითად საკითხებს უნდა მოიცავდეს:

სუიციდის პოტენციური რისკი უნდა შეფასდეს და დოკუმენტურად გაფორმდეს. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ უარყოფისა და მიტოვების შიში ან მკურნალობის ცვლილებები სუიციდური აზრებისა და ქმედებების გაძლიერებას უწყობენ ხელს;

სუიციდურ აზრებს სათანადო ყურადღება უნდა მივაქციოთ. სერიოზული თვითდაზიანებისა ან სუიციდის მცდელობის შემთხვევაში, უნდა მივიღოთ შესაბამისი ზომები (მაგალითად, სტაციონარში მოვათავსოთ);

ფსიქოთერაპიის დროს უნდა გავითვალისწინოთ და ვიმუშავოთ ქრონიკულ სუიციდზე (ყურადღება გავამახვილოთ ინტერპერსონალურ კონტექსტზე, პიროვნების მიერ საკუთარ ქმედებებზე პასუხისმგებლობის აღების უნარზე). მდგომარეობის გამწვავების შემთხვევაში, სათანადო ზომები უნდა მივიღოთ;

კომორბიდულ ფსიქიკურ აშლილობას (დეპრესია, ბიპოლარული აშლილობა, წამალ და ალკოჰოლ მოხმარება/დამოკიდებულება) აქტიურად უნდა ვუმკურნალოთ;

წარუმატებელი და არაეფექტური ინტერვენციის შემთხვევაში უნდა კოლეგებთან გავიაროთ კონსულტაცია;

ქრონიკული სუიციდობის დროს, შესაძლებელია, ოჯახის წევრების ან ახლო ადამიანების ჩართვა (თუ კლინიკურად მისაღებია და კონფიდენციალობა დაცულია);

პაციენტის შეპირება (ე.წ. „სუიციდის კონტრაქტი“) არ უნდა გამოვიყენოთ სუიციდობის სრული კლინიკური შეფასებისა და მდგომარეობის დოკუმენტური გაფორმების სანაცვლოდ. თუმცა, გამოცდილმა სპეციალისტმა შეიძლება, მიაღწიოს შეთანხმებას იმის თაობაზე, რომ საკუთარი უსაფრთხოების დაცვა თავად პიროვნების პასუხისმგებლობაა.

## ბავშვობისდროინდელი ტრავმა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის განვითარებისთვის ბავშვობისდროინდელი ტრავმა ხშირია, მაგრამ უნივერსალური არ არის.

ფსიქოთერაპიის დროს ტრავმასთან დაკავშირებული ასპექტების გაანალიზება ძალიან მნიშვნელოვანია. ტრავმული გამოცდილების გაცნობიერება თერაპიული ალიანსის დამყარებას უწყობს ხელს და პაციენტსა და ფსიქოთერაპევტს არსებული მდგომარეობის უკეთ გაგებაში ეხმარება. გადატანილი ძალადობის კონტექსტში ბრაზი, იმპულსურობა და თვითდაცვითი ქცევა განსხვავებულ მნიშვნელობას იძენს. ტრავმული ისტორიის განხილვა დადებითად აისახება თერაპიულ ურთიერთობებზე, პიროვნებას ტრავმასთან ინტეგრირებასა და შეგუებაში ეხმარება და მკურნალობის პროცესს უფრო ეფექტურს ხდის.

### ტრანსფერი

ტრანსფერი ფსიქოლოგიური გადატანის ფენომენია, როდესაც განცდები და გრძნობები, რომელიც პიროვნებას წარსულში (განსაკუთრებით, ბავშვობაში) კონკრეტული პიროვნების მიმართ ჰქონდა, გაუცნობიერებლად სხვა პირზე გადააქვს. ძალადობის მსხვერპლი ბევრი ტრავმირებული პირი სხვებს, მათ შორის თერაპევტსაც, პოტენციურ მოძალადედ და არაკეთილმოსურნე ადამიანად აღიქვამს. სხვების მიმართ უნდობლობის დაძლევა ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთ მიზანს უნდა წარმოადგენდეს.

### ტრავმაზე ფოკუსირება

ტრავმაზე ფოკუსირების დროს პიროვნების ამჟამინდელი მდგომარეობა უნდა გავითვალისწინოთ (აგრესია, ფსიქოზური სიმპტომები, სტაბილობა, აჟიტაცია, თვითდაზიანების რისკი და ა.შ.). ზოგადად მიჩნეულია, რომ ტრავმულ გამოცდილებაზე მუშაობა თერაპიის მოგვიანებით ფაზაზე უნდა დავიწყოთ. მას შემდეგ, რაც თერაპიული ალიანსი დამყარებულია, სიმპტომების სტაბილურობა მიღწეულია და პიროვნების ისტორია და ფსიქოლოგიური სტრუქტურა გაგებული და შესაბამისად გაანალიზებულია.

### ტრავმულ მოგონებებზე მუშაობა

მკურნალობის მოგვიანებით ეტაპზე ეფექტური ფსიქოთერაპიის ერთ-ერთი კომპონენტი ტრავმული გამოცდილებისა და მოგონებების კოგნიტური რესტრუქტურირებაა, რაც მასთან დაკავშირებული აფექტის და ინტერპერსონალური სირთულეების მოდულირების საშუალებას მოგვცემს.

### ჯგუფური თერაპიის მნიშვნელობა

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირთან ჯგუფური მუშაობა შეიძლება ყველაზე ეფექტური იყოს. სხვა ტრავმული გამოცდილების მქონე პირებთან საკუთარი მოგონებების გაზიარება, მათი ქცევების და თვითდაცვითი რეაქციების შეფასება პიროვნებას საკუთარი

პრობლემების უკეთ დანახვაში ეხმარება. ზოგისთვის, მსგავსი გამოცდილების მქონე პირისგან უკუკავშირი ბევრად უფრო მისაღებია. ჯგუფური თერაპია შეიძლება ის ერთადერთი ადგილი იყოს, სადაც პიროვნება დაცულად მიიჩნევს თავს და გრძნობს, რომ მისი ესმით.

### **ტრავმის განმეორების საფრთხე**

ტრავმირებული პირი შეიძლება, მსხვერპლის როლში კვლავ აღმოჩნდეს. ძველ გამოცდილებას ახალი სტრესის დაძლევაზე მნიშვნელოვანი გავლენის მოხდენა შეუძლია, ამიტომ თერაპიის დროს უსაფრთხოებისა და მოწყვლადობის საკითხებს სათანადო დრო უნდა დაეთმოს.

### **პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომების მკურნალობა**

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის ნიშნები, შეიძლება, ისე გამოხატული არ იყოს, რომ კომორბიდული აშლილობის დიაგნოზი დავსვათ, თუმცა ნებისმიერ დამახასიათებელ სიმპტომს სათანადო ყურადღება უნდა მივაქციოთ და, საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი მკურნალობა (ფსიქო და/ან ფარმაკოთერაპიული) ჩავატაროთ.

### **ბრალის გადატანა**

ძალადობისა და ტრავმის მსხვერპლი, განსაკუთრებით თუ ეს ცხოვრების ადრეულ პერიოდში ხდება, მომხდარში საკუთარი თავის დადანაშაულებას იწყებს (მაშინაც, თუ მას არსებულ სიტუაციაზე არავითარი გავლენის მოხდენა არ შეეძლო). ხშირად, ამის მიზეზი ისაა, რომ ბავშვობის ასაკში მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დამოუკიდებლად დამყარება პიროვნებას, ჯერ კიდევ, ნაკლებად შეუძლია და მომხდარში თავს პასუხისმგებლად მიიჩნევს. ასეთი პიროვნება მოზრდილობაში სტრესულ სიტუაციებს გაურბის და ტრავმასთან ასოცირებული უსუსურობის განცდისგან თავის არიდებას ცდილობს.

მნიშვნელოვანია თერაპიის დროს თვითბრალდებისა და მომხდარში თვითდადანაშაულების აზრები გამოვავლინოთ და, სადაც საჭიროა, შესაბამისი განმარტებები გავაკეთოთ. პაციენტს უნდა განვუმარტოთ, რომ წარსულ გამოცდილებაში მას ბრალი არ მიუძღვის, თუმცა ამჟამინდელ ქცევებზე იგი თავადაა პასუხისმგებელი.

### **წარსული მოგონებები**

წარსული მოგონებები შეიძლება არასწორად იყოს დამახსოვრებული და არაზუსტ ინფორმაციას შეიცავდეს. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს დისოციაციური სიმპტომები წარსული ტრავმული მოგონებების გახსენებას მნიშვნელოვნად აფერხებდნენ. შესაძლოა, პიროვნებამ ოჯახის წევრები ძალადობაში არასწორად დაადანაშაულოს, რაც

სერიოზულ ემოციურ დისტრესსა და ოჯახური ურთიერთობების გაუარესებას გამოიწვევს. ამიტომ, სიმპტომების ტრავმული ბუნების საკითხის განხილვისას როგორც ტრავმის, ასევე, შესაძლო მცდარი მოგონებების გავლენა უნდა გავითვალისწინოთ.

### **დისოციაციის ნიშნები**

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს გარდამავალი დისოციაციური სიმპტომები, მაგალითად, დეპერსონალიზაცია, დერეალიზაცია, რეალობის შეგრძნების დაკარგვა საკმაოდ ხშირია და შესაძლოა, ფსიქოზის მსგავსი სიმპტომები განაპირობოს. ითვლება, რომ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირების ერთ მესამედს დისოციაციური სიმპტომები აღენიშნება. კომორბიდული დისოციაციური აშლილობის დიაგნოზის შემთხვევაში საჭიროა:

- დისოციაციური სიმპტომების სიმწვავის განსაზღვრა;
- არსებული ფაქტორების გამოვლენა, რომლებიც დისოციაციურ სიმპტომებს განაპირობებენ;
- დისოციაციური სიმპტომების გამოყოფა და, ერთის მხრივ, მათი ფსიქოზური სიმპტომებისგან დიფერენცირება და, მეორეს მხრივ, სიმულაციისგან გამიჯვნა;
- პაციენტისთვის დისოციაციური სიმპტომების მართვის სწავლება;
- დისოციაციურ მდგომარეობასთან ასოცირებულ პოსტტრავმულ სიმპტომებზე მუშაობა;
- ფსიქოთერაპიის პროცესში ტრანსფერის და დისოციაციური სიმპტომების მართვის საკითხებზე ფოკუსირება;
- დადებითი განმტკიცებით კონსოლიდაციისა და სტაბილიზაციის მიღწევა;
- რელაფსის დროს პაციენტის მხარდაჭერა.

### **რისკის მართვის ზოგადი რეკომენდაციები**

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტის მკურნალობისას ყოველთვის მნიშვნელოვანია, რომ რისკს სათანადო ყურადღება მივაქციოთ. ეს განსაკუთრებით მოსაზღვრე პიროვნულ აშლილობას ეხება. რისკის მართვა ზრუნვის პროცესს მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს.

რისკის მართვის ზოგადი რეკომენდაციები მოიცავს:

- კარგ ურთიერთობას და თანამშრომლობას სხვა კლინიცისტებთან, რომლებიც პაციენტთან მუშაობენ;
- ყურადღება უნდა მივაქციოთ ადეკვატური და სრულფასოვანი დოკუმენტაციის წარმოებას (მათ შორის, რისკის, სხვა კლინიცისტებთან კომუნიკაციის, გადაწყვეტილების მიღების პროცესის და მკურნალობის რაციონალობის დოკუმენტირებას);
- უნდა გავითვალისწინოთ ტრანსფერისა და კოტრანსფერის პრობლემები, რაც ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს. ამასთან დაკავშირებით სხვა სპეციალისტებთან თანამშრომლობა ძალიან დაგვეხმარება;

- სუიციდის მაღალი რისკის პაციენტის მართვისას, როდესაც მდგომარეობა არ უმჯობესდება ან როდესაც მკურნალობის მეთოდის განსაზღვრა ძნელია, კოლეგების დახმარება განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია. კონსულტაცია აუცილებლად უნდა გაფორმდეს;
- მკურნალობის შეწყვეტის საკითხის განხილვას, მაშინაც კი, როდესაც მკურნალობის დასრულება პაციენტის სურვილით ხდება, დიდი სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ;
- მდგომარეობის შესახებ ფსიქოგანათლება როგორც კლინიკური, ასევე, რისკის მართვის თვალსაზრისით ძალიან სასარგებლო და შედეგის მომტანია;
- მკურნალობის პროცესში, სადაც შესაძლებელია (კონფიდენციალობის გათვალისწინებით) ოჯახის წევრი უნდა ჩაერთოს;
- ფსიქოგანათლება მემკვიდრული გადაცემის რისკისა და მკურნალობის სავარაუდო შედეგების განხილვას უნდა მოიცავდეს (NICE Reviewed 2015).

## ცხრილები

### მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

#### ცხრილი №1

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)	National Health and Medical Research Council <a href="http://www.nhmrc.gov.au">www.nhmrc.gov.au</a>
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას (მეტა-ანალიზს), რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია	მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია	უმრავლეს შემთხვევაში შეგიძლიათ მისი გამოყენება
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.	საჭიროების შემთხვევაში შეგიძლიათ მისი გამოყენება
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს	მისი გამოყენების შემთხვევაში იყავით ფრთხილად
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება			
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში			

F60 პიროვნული აშლილობის ზოგადი კრიტერიუმები ICD 10-ის მიხედვით

ცხრილი №2

G1. პიროვნების ინდივიდუალური მახასიათებლები და შინაგანი გამოცდილებისა და ქცევის მყარი პატერნები მნიშვნელოვნად გადახრილია არსებული და მოსალოდნელი კულტურული ნორმებისაგან. ეს დევიაცია უნდა ვლინდებოდეს ერთზე მეტ ქვევით ჩამოთვლილ სფეროში:

(1) კოგნიცია (მაგალითად, როგორ აღიქვამს საკუთარ თავს, სხვა ადამიანებსა და მოვლენებს, აყალიბებს დამოკიდებულებას საკუთარი „მე“-სა და სხვების მიმართ)

(2) აფექტურობა (ემოციებისა და საპასუხო რეაქციების დიაპაზონი, ინტენსივობა და შესაბამისობა)

(3) იმპულსებისა და სურვილების დაკმაყოფილების მოთხოვნებებზე კონტროლი

(4) დამოკიდებულება სხვების მიმართ და ინტერპერსონალური ურთიერთობების წარმართვის უნარი.

G2. დევიაცია უნდა გამოვლინდეს პერვერსიული, ე.ი. რიგიდული, არაადაპტირებული ან სხვაგვარი დისფუნქციური ქცევით, რომელიც თავს იჩენს პიროვნული და სოციალური სიტუაციების ფართო დიაპაზონში (ანუ, არ ვლინდება მხოლოდ კონკრეტულ, სპეციფიკურ სიტუაციაში ან რომელიმე სპეციფიკურ „გამლიზიანებელზე“ საპასუხოდ)

G3. ადგილი აქვს პიროვნულ დისტრესს ან უარყოფით გავლენას სოციალურ გარემოზე, რაც აშკარად G2 კრიტერიუმში აღწერილი ქცევითაა გამოწვეული.

G4. აღნიშნული დევიაცია უნდა იყოს სტაბილური და ხანგრძლივი, რომელიც ადრეული ასაკიდან ვლინდება

G5. დევიაცია არ არის მოზრდილთა სხვა ფსიქიკური აშლილობის გამოვლინება ან შედეგი. თუმცა, ამ კლასიფიკაციაში აღწერილი ეპიზოდური ან ქრონიკული მდგომარეობები, შეიძლება წინ უსწრებდნენ ან თან ერთვოდნენ მას.

G6. ორგანული ტვინის დაზიანება, ან ქალა-ტვინის ტრავმა დევიაციის მიზეზებიდან უნდა გამოირიცხოს. (თუ ასეთი ორგანული გამომწვევი მიზეზი თვალსაჩინოა, მაშინ გამოიყენება F07 კატეგორია)

კომენტარი: G1 – G6 კრიტერიუმების გამოსავლენად ინფორმაციის ყველა შესაძლო წყარო უნდა იყოს გამოყენებული.

თუმცა, ზოგჯერ შესაძლებელია პაციენტის ინტერვიუებით ძირითადი ინფორმაციის მიღება. ზოგადად, რეკომენდებულია პაციენტთან რამდენჯერმე გასაუბრება და სხვა ინფორმატორებისგან, ან ძველი ისტორიებიდან ინფორმაციის მიღება.

ქვეკრიტერიუმები უნდა დაზუსტდეს კულტურალური ნორმების გათვალისწინებით

ICD 10 ემოციურად არასტაბილური პიროვნული აშლილობა F60.3

**ცხრილი №3**

<p>F60.30 იმპულსური ტიპი</p> <p>A. პიროვნების აშლილობის ზოგადი კრიტერიუმი დაკმაყოფილებულია (F60-იხილეთ ცხრილი №2)</p> <p>B. უნდა, სულ ცოტა, ქვევით ჩამოთვლილი სამი სიმპტომი აღინიშნებოდეს:</p> <p>(1) მოულოდნელი ქცევა, როდესაც პიროვნება არ უფიქრდება შედეგებს.</p> <p>(2) სხვებთან კამათისა და დაპირისპირების გამომხატული ტენდენცია და კონფლიქტურობა, განსაკუთრებით თუ პიროვნების იმპულსური ქცევა შეაჩერეს ან გააკრიტიკეს.</p> <p>(3) წყობიდან ადვილად გამოსვლა, რასაც თან ახლავს აგრესია და ძალადობრივი ქმედება. პიროვნება ვერ აკონტროლებს ქცევასა და ემოციას.</p> <p>(4) პიროვნებას უჭირს ისეთი საქმიანობის წარმართვა, რომლისგანაც დაუყონებლივ სარგებელს ვერ იღებს</p> <p>(5) ჭირვეული და არასტაბილური გუნებ-განწყობა</p>	<p>F60.31 მოსაზღვრე ტიპი</p> <p>A. პიროვნების აშლილობის ზოგადი კრიტერიუმი დაკმაყოფილებულია (F60-იხილეთ ცხრილი №2)</p> <p>B. უნდა აღინიშნებოდეს, იმპულსური ტიპის (F60.30) B კრიტერიუმებიდან, სულ ცოტა, სამი სიმპტომი მაინც და დამატებით ქვევით მოყვანილი ორი ან ორზე მეტი სიმპტომი:</p> <p>(6) საკუთარი „მე“-ს აღქმა დარღვეული ან ჩამოყალიბებულია. ინდივიდს არ აქვს ჩამოყალიბებული დამოკიდებულება თავისი მიზნებისა და პიროვნული (მათ შორის სექსუალური) პრეფერენციების მიმართ</p> <p>(7) არასტაბილური და დამაბული და ემოციურად ინტენსიური ურთიერთობების დამყარებისადმი მიდრეკილება, რომელიც ხშირად ემოციურ კრიზის იწვევს</p> <p>(8) გადაჭარბებული მცდელობა თავიდან აიცილოს მიტოვება და უარყოფა</p> <p>(9) თვითდაზიანების განმეორებადი საშიშროება და მცდელობები</p> <p>(10) სიცარიელის მუდმივი განცდა</p>
---	--



DSM 5 (301.83)

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა

ცხრილი №4

დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ინტერპერსონალური ურთიერთობების, თვითაღქმისა და ემოციური არასტაბილობისა და გამოხატული იმპულსურობის მყარი ხუთი ან მეტი ქვევით ჩამოთვლილი პატერნი, რომლებიც ადრეულ ახალგაზრდობაში უნდა გამოვლინდნენ და სხვადასხვა გარემო იჩინონ თავი

1. ძლიერი მცდელობა იმისა, რომ თვიდან აიცილოს რეალური ან წარმოსახვითი განშორება (არ მოიცავს სუიციდურ ქცევას ან თვითდაზიანებას, რაც მეხუთე კრიტერიუმშია მოცემული).

2. არასტაბილური და დამაბული ინტერპერსონალური ურთიერთობები, რომელიც ხასიათდება უკიდურესი რყევებით პიროვნების იდეალიზებიდან მის სრულ გაუფასურებამდე.

3. პიროვნული იდენტობის დარღვევები: საკუთრი ხატისა და თვითაღქმის გამოხატული და პერმანენტული მერყეობა

4. სულ ცოტა, ორ სფეროში იმპულსურობა, რომელიც საზიანოა პიროვნებისთვის (სარისკო ქცევები, როორიცაა, მაგალითად, თანხის გაფლანგვა, გაუფრთხილებელი სექსი, წამალმომხმარება, მანქანის სახიფათოდ ტარება, საკვების უზომოდ და უკონტროლოდ მიღება) (არ მოიცავს სუიციდურ ქცევას ან თვითდაზიანებას, რაც მეხუთე კრიტერიუმშია მოცემული).

5. განმეორებადი სუიციდური ქცევა ან სუიციდის საფრთხე ან თვითდაზიანება.

6. გუნებ-განწყობის გამოხატული რეაქტიულობის გამო ემოციური არასტაბილობა (როგორიცაა, დისფორიის ძლიერი ეპიზოდები ან შფოთვა, რაც ჩვეულებრივ რამდენიმე საათი და იშვიათად რამდენიმე დღე გრძელდება).

7. სიცარიელის მუდმივი განცდა.

8. შეუსაბამოდ ძლიერი ბრაზი ან ბრაზის კონტროლის გაძნელება (მაგალითად, წყობიდან ხშირად და ადვილად გამოსვლა, მუდმივი სიბრაზე, განმეორებადი ფიზიკური დაპირისპირება, ჩხუბი).

9. გარდამავალი, სტრესთან დაკავშირებული პარანოიდული იდეები ან მწვავე დისოციაციური სიმპტომები

**აფექტური დისრეგულაციისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა**

**ცხრილი №5**

პრეპარატების კლასი	პრეპარატი	სიმპტომები, რომლის დროსაც პრეპარატი გამოიყენება	მტკიცებულ ების დონე	დამატებითი ინფორმაცია
<b>სუსი-ები და სუნსი-ები</b>	ფლუოქსეტინი, სერტრალინი, ვენლაფაქსინი	დეპრესიული გუნებ-განწყობა, გუნებ-განწყობის ლაბილობა, უაროფისა და განშორების მიმართ სენზიტიურობა, შფოთვა, იმპულსურობა, თვიდაზიანება, ბრაზი, მტრული განწყობა, ცუდი გლობალური ფუნქციონირება	A	შედარებით უსფრთხოა, გვერდითი მოვლენები ასატანია, მტკიცებულებები მოპოვებულია მწვავე (6-14 კვირა) და შემანარჩუნებელი (1-3 წელი) მკურნალობის კლინიკური კვლევებით. პირველი სუსის ნაკლებ ეფექტურობის შემთხვევაში სხვა სუსი-ზე ან სხვა ჯგუფის ანტიდეპრესანტზე გადასვლა რეკომენდებული (მტკიცებულების დონე C)
<b>მაოი-ები</b>	ფენელზინი, ტრნილციპრომინი	აფექტური რეაქტიულობა, უაროფისა და განშორების მიმართ სენზიტიურობა, იმპულსურობა, ადვილად გაღიზიანება, ბრაზი, მტრული განწყობა, ატიპიური დეპრესია და დისფორია	B	სუსი-ების შემდეგ მეორე არჩევის მკურნალობაა. მაოი-ს დანიშვნამდე აუცილებელია სუსი-ს სრულად გამოყვანა ორგანიზმიდან. დიეტისა და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემური იყოს. ექტურია ატიპიური დეპრესიისას, თუ მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა მეორადი და არა პირველადი დიაგნოზია.
<b>გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები</b>	ლითიუმი	გუნებ-განწყობის მერყეობა, ბრაზი, სუიციდური ტენდენციები, იმპულსურობა, ცუდი ზოგადი ფუნქციონირება	C	შეიძლება გამოვიყენოთ მონოთერაპიის ან დამატებითი თერაპიის სახით. საშიშია ჭარბი დოზის მიღებისას, ვინაიდან უსაფრთხოების დაბალი ზღვარი აქვს. საჭიროა სისხლში კონცენტრაციის მონიტორინგი. შეიძლება განვითარდეს ჰიპოთიროიდიზმი.
	კარბამაზეპინი	სუიციდური ტენდენციები, შფოთვა, ბრაზი, იმპულსურობა	C	ექტურია დისფორიის დროს. შეიძლება გამოიწვიოს მელანქოლური დეპრესია და ძვლის ტვინის სუპრესია. სისხლში ლეიკოციტების დონე უნდა გაკონტროლდეს.
	ვალპროატი	მწვავე სიმპტომები, დეპრესია, ბრაზი, იმპულსურობა, განშორების მიმართ სენზიტიურობა, ადვილად გაღიზიანება, აჟიტაცია, აგრესია, შფოთვა	C	კლინიკურ პრაქტიკის კვლევების მონაცემებით უფრო მეტი ეფექტურობაა ნაჩვენები, ვიდრე რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი კვლევებითაა მიღებული. ღვიძლის ფუნქციური სინჯების ჩატარება სავალდებულოა.
<b>ბენზოდაზეპინები*</b>	ალპრაზოლამი, კლონაზეპამი	შფოთვა, იმპულსურობა, აჟიტაცია	C	დამოკიდებულების ანვითარების მაღალი რისკი, ალპრაზოლამი იწვევს ქცევით დიზინჰიბიციას
<b>ნეიროლეპტიკები ტიპიური*</b>	ჰალოპერიდოლი	უკონტროლო ქცევა, ბრაზი, მტრული განწყობა, ძალადობრივი ქცევა, თვითდაზიანება	A	სწრაფი ეფექტის გამო ქცევის აკონტროლება დაუყონებლივია შესაძლებელი.
<b>ატიპიური*</b>	კლოზაპინი, ოლანზაპინი, ქვეტიპინი, რისპერიდონი,	მწვავე მდგომარეობა, ფსიქოზური სიმპტომები, იმპულსურობა, თვითდაზიანება,	B	გამოიყენება ხანმოკლე მკურნალობისთვის. მკურნალობის პროცესში აუცილებელია სიმპტომებისა და ზოგადი ფუნქციონირების მკაცრი მონიტორინგი

A= გამოყენებულია ერთი ან მეტი რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

B= გამოყენებულია, სულ ცოტა, რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

C= გამოყენებულია ღია კლინიკური კვლევების შედეგები

\*მედიკამენტები, რომლებიც როგორც დამხმარე პრეპარატები ისე გამოიყენება

APA Practice Guidelines, 2010

**იმპულსური და არაკონტროლირებადი ქცევისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა**

**ცხრილი №6**

პრეპარატების კლასი	პრეპარატი	სიმპტომები, რომლის დროსაც პრეპარატი გამოიყენება	მტკიცებულ ების დონე	დამატებითი ინფორმაცია
<b>სუსი-ები</b>	ფლუოქსეტინი, სერტრალინი,	იმპულსური აგრესია, ბრაზი, ადვილად გაღიზიანება, თვითდაზიანება, ცუდი ზოგადი ფუნქციონირება	A	ბრაზზე და აგრესიულობაზე პრეპარატის ეფექტურობა სწრაფად და დეპრესიული და შფოთვითი სიმპტომებისგან დამოუკიდებლად ვლინდება. იმპულსურობის მკურნალობისთვის პირველი წარუმატებელი მცდელობის შემდეგ სხვა სუსი-ების დანიშვნა ლიტერატურაში მითითებული არაა.
<b>მაოი-ები</b>	ფენელზინი, ტრნილიციპრომინი	ბრაზი, ადვილად გაღიზიანება, იმპულსურობა დისფორიის მქონე პირებში	A	სუსი-ების შემდეგ მეორე არჩევის მკურნალობაა. მაოი-ს დანიშვნამდე აუცილებელია სუსი-ს სრულად გამოყვანა ორგანიზმიდან. დიეტისა და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემური იყოს.
<b>გუნებ-განწყობის სტაბილიზატორები</b>	ლითიუმი	იმპულსური აგრესია, რომელიც პიროვნული აშლილობითაა განპირობებული, იმპულსური ქცევა, რომელიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის პირს აღენიშნება	A	შეიძლება გამოვიყენოთ მონოთერაპიის ან დამატებითი თერაპიის სახით. საშიშია ჭარბი დოზის მიღებისას, ვინაიდან უსაფრთხოების დაბალი ზღვარი აქვს. საჭიროა სისხლში კონცენტრაციის მონიტორინგი. შეიძლება განვითარდეს ჰიპოთირეოიდიზმი.
	კარბამაზეპინი	იმპულსურობა დისფორიის მქონე პირებში	C	გაზრდილია მელანქოლური დეპრესიის განვითარების. სისხლში ლეიკოციტების დონე უნდა გაკონტროლდეს.
	ვალპროატი	იმპულსური აგრესია, აჟიტაცია, მოზარდების ჯგუფი ქცევის პრობლემებით, დამაბულობა, შფოთვა, ფეთქებადი ხასიათი, ცუდი ზოგადი ფუნქციონირება	B	ეფექტურობა რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი კვლევითაა ნაჩვენები.
<b>ნეიროლეპტიკები ტიპური*</b>	ჰალოპერიდოლი	ძლიერი ბრაზი, მტრული განწყობა, აგრესიული ქცევა, თვითდაზიანება	A	არასპეციფიკური ეფექტი აქვს იმპულსურობაზე. უფრო ეფექტურია ბრაზის შემთხვევაში. აქვს ძალიან სწრაფი მოქმედება, ამიტომ იმპულსური სიმპტომების ესკალაციის ეფექტურად კონტროლის საშუალებას იძლევა.
<b>ატიპიური*</b>	კლოზაპინი,	ძლიერი ბრაზი, მტრული განწყობა, აგრესიულობა, თვითდაზიანება,	C	აგრანულოციტოზის განვითარების საფრთხის გამო, ძალიან ფრთხილად უნდა დავნიშნოთ. აუცილებელია სისხლის მონიტორინგი

A= გამოყენებულია ერთი ან მეტი რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

B= გამოყენებულია, სულ ცოტა, რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

C= გამოყენებულია ღია კლინიკური კვლევების შედეგები

\*მედიკამენტები, რომლებიც როგორც დამხმარე პრეპარატები ისე გამოიყენება

**კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომებისთვის რეკომენდებული ფსიქოფარმაკოლოგიური მკურნალობა**

**ცხრილი №7**

პრეპარატების კლასი	პრეპარატი	სიმპტომები, რომლის დროსაც პრეპარატი გამოიყენება	მტკიცებულების დონე	დამატებითი ინფორმაცია
<b>ნეიროლეპტიკები ტიპიური</b>	დაბალი დოზებით ჰალოპერიდოლი, პერფენაზინი, თიორიდაზინი, ფლუპენტიქსოლი, ქლორპრომაზინი, ტრიფლუოპერაზინი	დამოკიდებულების იდეები, ილუზიები, პარანოიდული აზრები (მასთან დაკავშირებული ბრაზი/მტრული განწყობა) მწვავე მდგომარეობა, დეპრესიული გუნებ-განწყობა, შფოთვა, იმპულსურობა, განმეორებადი სუიციდური აზრები	A	ეფექტურობა დადგენილია ხანმოკლე კვლევებით (5-16 კვირა) გრძელვადიან კვლევებში (22 კვირა) მკურნალობისთვის თავის დანებება ხშირია. იზრდება აკინეზიის, დეპრესიის განვითარების რისკი. 6 თვის მანძილზე ჩატარებული კვლევით დადგენილია, რომ განმეორებადი პარასუიციდური ქცევების დროს ანტიფსიქოზური პრეპარატებით მკურნალობა ეფექტურია
<b>ატიპიური</b>	კლოზაპინი, ოლანზაპინი, რისპერიდონი	იგივე, რაც ტიპიური პრეპარატების დროს. ასევე, თვითდაზიანების და რეზისტენტული ფსიქოზური სიმპტომების შემთხვევაში	C	აგრანულოციტოზის განვითარების საფრთხის გამო, კლოზაპინი მაღიან ფრთხილად უნდა დავნიშნოთ. აუცილებელია სისხლის მონიტორინგი
<b>სუსი-ები*</b>	ფლუოქსეტინი, სერტრალინი,	ადვილად გაღიზიანება, ბრაზი/მტრული განწყობა, დეპრესიული გუნებ-განწყობა, იმპულსური აგრესია,	A	განსაკუთრებით ეფექტურია ემოციური სიმპტომების არსებობის დროს. განსაკუთრებით ეფექტურია თანდართული აფექტური დისრეგულაციისა და იმპულსური ქცევების დროს.
<b>მაოი-ები*</b>	ფენელზინი, ტრნილციპრომინი	იგივე, რაც სუსი-ების დროს	A	დიეტისა და მკურნალობის რეჟიმის დაცვა შეიძლება პრობლემური იყოს.

A= გამოყენებულია ერთი ან მეტი რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

B= გამოყენებულია, სულ ცოტა, რანდომიზებული პლაცებო კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა კვლევის შედეგი,

C= გამოყენებულია ღია კლინიკური კვლევების შედეგები

\*შედიკამენტები, რომლებიც როგორც დამხმარე პრეპარატები ისე გამოიყენება

APA Practice Guidelines, 2010.

1. APA Practice Guidelines. Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. American Psychiatric Association, 2010.
2. Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. „Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models.“ J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. , 2013: Aug;52(8):863-75. .
3. Alexander, R., Cooray S. „Diagnosis of personality disorders in learning disability.“ Br J Psychiatry Suppl , 2003: Jan;44:S28-31.
4. APA Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults,. Assessment of Risk for Aggressive Behaviors. Third Edition. American Psychiatric Association, 2015.
5. Bateman, AW, Gunderson J, Mulder R. „Treatment of personality disorder.“ Lancet, 2015: Feb 21;385(9969):735-43.
6. Belli, H, Ural C, Akbudak M. „Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment.“ J Clin Med Res, 2012: Oct;4(5):301-8.
7. Bellino, S, Rinaldi C, Bozzatello P, Bogetto F. „Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a systematic review for publication purpose.“ Curr Med Chem, 2011: 18(22):3322-9.
8. Bender, DS. „Treatment for borderline personality disorder: perils of the randomized controlled trial paradigm.“ Acta Psychiatr Scand, 2011: May;123(5):323-4.
9. Beri, A, Boydell J. „Clozapine in borderline personality disorder: a review of the evidence.“ Ann Clin Psychiatry, 2014: May;26(2):139-44.
10. Black, DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. „Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.“ Am J Psychiatry, 2014: Nov 1;171(11):1174-82.
11. Bogenschutz, MP, George Nurnberg H. „Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder.“ J Clin Psychiatry, 2004: Jan;65(1):104-9.
12. Bradley, R., Westen D. „The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology.“ Dev Psychopathol, 2005: Fall;17(4):927-57.

13. Bridler, R, Häberle A, Müller, ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, KasperS, Greil W. „Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders.“ *Eur Neuropsychopharmacol*, 2015: Jun;25(6):763-72.
14. Burmeister, K, Höschel K, von Auer AK, Reiske S, Schweiger U, Sipos V, Philipsen A, Priebe K, Bohus M. „[Dialectical Behavior Therapy (DBT)--developments and empirical evidence].“ *Psychiatr Prax* (Jul;41(5):242-9), 2014: Jul;41(5):242-9.
15. Conti, E, Nacinovich R, Bomba M, Uccellini O, Rossi MS, Casati M, Neri F, Ferrarese C, Tremolizzo L. „Diazepam binding inhibitor and dehydroepiandrosterone sulphate plasma levels in borderline personality disorder adolescents.“ *Neuropsychobiology*, 2014: 69(1):19-24.
16. Cullen, KR, LaRiviere LL, Vizueta N, Thomas KM, Hunt RH, Miller MJ, Lim KO, Schulz SC. „Brain activation in response to overt and covert fear and happy faces in women with borderline personality disorder.“ *Brain Imaging Behav*, 2015: May 26.
17. Distel, MA, Rebollo-Mesa I, Willemsen G, Derom CA, Trull TJ, Martin NG, Boomsma DI. „Familial resemblance of borderline personality disorder features: genetic or cultural transmission?“ *PLoS One*, 2009: 4(4):e5334.
18. DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5. 2013.
19. Euler, S, Sollberger D, Bader K, Lang UE, Walter M. „[A Systematic Review of Personality Disorders and Addiction: Epidemiology, Course and Treatment].“ *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2015: Oct;83(10):544-54.
20. Fonagy, P, Luyten P, Bateman A. „Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder.“ *Personal Disord*, 2015: Oct;6(4):380-92.
21. Friede, l RO. „Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis.“ *Neuropsychopharmacology*, 2004: Jun;29(6):1029-39.
22. Fruzzett, i AE, Shenk C, Hoffman PD. „Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model.“ *Dev Psychopathol*. 2005 Fall;17(4):1007-30, 2005: Fall;17(4):1007-30.
23. Fyer, MR., Frances, AJ., Sullivan, T., Hurt, SW., Clarkin, J. „Comorbidity of borderline personality disorder.“ *Arch Gen Psychiatry*, 1988: 45(4):348-52.

24. Gardner, KJ, Archer J, Jackson S. „Does maladaptive coping mediate the relationship between borderline personality traits and reactive and proactive aggression?“ *Aggress Behav*, 2012: Sep-Oct;38(5):403-13.
25. Gescher, DM, Cohen S, Ruttman A, Malevani J. „ECT revisited: impact on major depression in borderline personality disorder.“ *Aust N Z J Psychiatry*, 2011: Nov;45(11):1003-4.
26. Grant, BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM, Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ. „Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.“ *J Clin Psychiatry*, 2008: Apr;69(4):533-45.
27. Gunderson, JG., Stout, RL., McGlashan, TH., „Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study.“ *Archives of general psychiatry*, 2011: 68(8):827-837.
28. Gunderson, JG., Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. “Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology.” *Arch Gen Psychiatry*, 2011: Jul;68(7):753-62.
29. Hunt, E., Bornovalova MA, Patrick CJ. „Genetic and environmental overlap between borderline personality disorder traits and psychopathy: evidence for promotive effects of factor 2 and protective effects of factor 1.“ *Psychol Med*, 2015: May;45(7):1471-81.
30. Jeung, H, Herpertz SC. „Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder.“ *Psychopathology*, 2014: ;47(4):220-34.
31. Johnson, AB, Gentile JP, Correll TL. „Accurately diagnosing and treating borderline personality disorder: a psychotherapeutic case.“ *Psychiatry (Edgmont)*, 2010: Apr;7(4):21-30.
32. Johnson, SL, Carver CS, Joormann J. „Impulsive responses to emotion as a transdiagnostic vulnerability to internalizing and externalizing symptoms.“ *J Affect Disord*, 2013: Sep 25;150(3):872-8.
33. Joyce, PR, Stephenson J, Kennedy M, Mulder RT, McHugh PC. „The presence of both serotonin 1A receptor (HTR1A) and dopamine transporter (DAT1) gene variants increase the risk of borderline personality disorder.“ *Front Genet* , 2014: Jan 7;4:313.
34. Kernberg, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975.

35. Kliem, S, Kröger C, Kosfelder J. „Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling.“ *J Consult Clin Psychol*, 2010: Dec;78(6):936-51.
36. Koehne, K, Hamilton B, Sands N, Humphreys C. „Working around a contested diagnosis: borderline personality disorder in adolescence.“ *Health (London)*, 2013: Jan;17(1):37-56.
37. Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F., Stone, M.H., Appelbaum, A.H., Yeomans, F.E., & Diamond, D.D. *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*. New York: Basic Books., 2000.
38. Links, PS., Kolla N. Assessing and managing suicide risk. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Essentials of personality disorders*. Washington, DC: 1st Edition American Psychiatric Publishing, 2009.
39. Lischke, A, Domin M, Freyberger HJ, Grabe HJ, Mentel R, Bernheim D, Lotze M. „Structural alterations in white-matter tracts connecting (para-)limbic and prefrontal brain regions in borderline personality disorder.“ *Psychol Med*, 2015: Nov;45(15):3171-80.
40. Madan, A, Fowler JC. „Consistency and coherence in treatment outcome measures for borderline personality disorder.“ *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2015: Jan 24;2:1.
41. Nelson, DA, Coyne SM, Swanson SM, Hart CH, Olsen JA. „Parenting, relational aggression, and borderline personality features: associations over time in a Russian longitudinal sample.“ *Dev Psychopathol*, 2014: Aug;26(3):773-87.
42. Newman, L. „Parents with Borderline Personality Disorder - approaches to early intervention.“ *Australas Psychiatry*, 2015: Dec;23(6):696-8.
43. NICE. *Borderline personality disorder: recognition and management*. The National Institute for Health and Care Excellence, 2009.
44. NICE Reviewed . *Borderline personality disorder: recognition and management*. National Institute for Health and Care Excellence, 2015.
45. Oumaya, M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. „[Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review].“ *Encephale*, 2008: Oct;34(5):452-8.
46. Paris, J., Zweig-Frank, H. „A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder.“ *Compr Psychiatry*, 2001: Nov-Dec;42(6):482-7.



47. Perugi, G., Angst J., Azorin, JM., Bowden CL, Caciagli A, Mosolov S, Vieta E, Young AH, and BRIDGE-II-Mix Study Group. „Relationships between mixed features and borderline personality disorder in 2811 patients with major depressive episode.“ *Acta Psychiatr Scand.* , 2015 : Jun 12. .
48. Pinto, C, Dhavale HS, Nair S, Patil B, Dewan M. „Borderline personality disorder exists in India.“ *J Nerv Ment Dis*, 2000: Jun;188(6):386-8.
49. Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski N, Ystrøm E, Ørstavik R, Aggen SH, Tambs K, Torgersen S, Neale MC, Røysamb E, Krueger RF, Knudsen GP, Kendler KS. „A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood.“ *Psychol Med.*, 2015: Oct;45(14):3121-31.
50. Ripoll, LH. „Clinical psychopharmacology of borderline personality disorder: an update on the available evidence in light of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5.“ *Curr Opin Psychiatry*, 2012: Jan;25(1):52-8.
51. Sadock, BJ., Sadock, VA., Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Eleventh Edition: Wolters Kluwer, 2015.
52. Saunders, KE, Bilderbeck AC, Price J, Goodwin GM. „Distinguishing bipolar disorder from borderline personality disorder: A study of current clinical practice.“ *Eur Psychiatry*, 2015: Nov;30(8):965-74. .
53. Schienle, A, Leutgeb V, Wabnegger A. „Symptom severity and disgust-related traits in borderline personality disorder: The role of amygdala subdivisions.“ *Psychiatry Res*, 2015: Jun 30;232(3):203-7.
54. Schmahl, C, Kleindienst N, Limberger M, Ludäscher P, Mauchnik J, Deibler P, Brünen S, Hiemke C, Lieb K, Herpertz S, Reicherzer M, Berger M, Bohus M. „Evaluation of naltrexone for dissociative symptoms in borderline personality disorder.“ *Int Clin Psychopharmacol*, 2012: Jan;27(1):61-8.
55. Schulz, SC, Black DW. „Clinical Trials for Treatment of Borderline Personality Disorder.“ *Am J Psychiatry*, 2015: Aug 1;172(8):793.
56. Shafti, SS, Shahveisi B. „Olanzapine versus haloperidol in the management of borderline personality disorder: a randomized double-blind trial.“ *J Clin Psychopharmacol*, 2010: Feb;30(1):44-7.

57. Silva, H, Iturra P, Solari A, Villarroel J, Jerez S, Jiménez M, Galleguillos F, Bustamante ML. „Fluoxetine response in impulsive-aggressive behavior and serotonin transporter polymorphism in personality disorder.“ *Psychiatr Genet*, 2010: Feb;20(1):25-30.
58. Simeon, D, Baker B, Chaplin W, Braun A, Hollander E. „An open-label trial of divalproex extended-release in the treatment of borderline personality disorder.“ *CNS Spectr*, 2007: Jun;12(6):439-43.
59. Skodol, AE, Morey LC, Bender DS, Oldham JM. „The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application.“ *Am J Psychiatry*, 2015: Jul;172(7):606-13.
60. Soloff, PH, Chiappetta L. „Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up.“ *Am J Psychiatry*, 2012: May;169(5):484-90.
61. Soloff, PH, Price JC, Meltzer CC, Fabio A, Frank GK, Kaye WH. „5HT<sub>2A</sub> receptor binding is increased in borderline personality disorder.“ *Biol Psychiatry*, 2007: Sep 15;62(6):580-7.
62. Stepp, SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. „Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention.“ *Personal Disord.*, 2012: Jan;3(1):76-91.
63. Stiglmayr, C, Stecher-Mohr J, Wagner T, Meißner J, Spretz D, Steffens C, Roepke S, Fydrich T, Salbach-Andrae H, Schulze J, Renneberg B. „Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study.“ *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2014: Dec 18;1:20.
64. Stoffers, J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. „Pharmacological interventions for borderline personality disorder.“ *Cochrane Database Syst Rev*, 2010: Jun 16;(6).
65. Stoffers, JM, Lieb K. „Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends.“ *Curr Psychiatry Rep*, 2015: Jan;17(1):534.
66. Stoffers, JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. „Psychological therapies for people with borderline personality disorder.“ *Cochrane Database Syst Rev.*, 2012: Aug 15;8.
67. Stone, MH. „A new look at borderline personality disorder and related disorders: hyper-reactivity in the limbic system and lower centers.“ *Psychodyn Psychiatry*, 2013 : Fall;41(3):437-66.
68. van Emmerik-van Oortmerssen, K, van de Glind G, Koeter MW, Allsop S, Auriacombe M, Barta C, Bu ET, Burren Y, Carpentier PJ, Carruthers S, Casas M, Demetrovics Z, Dom G, Faraone SV, Fatseas M, Franck J, Johnson B, Kapitány-Fövényi M, Kaye S, Konstenius M, L. „Psychiatric

- comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study.“ *Addiction*, 2014: Feb;109(2):262-72.
69. Vita, A, De Peri L, Sacchetti E. „Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials.“ *J Clin Psychopharmacol*, 2011: Oct;31(5):613-24.
70. Walsh, Z, Shea MT, Yen S, Ansell EB, Grilo CM, McGlashan TH, Stout RL, Bender DS, Skodol AE, Sanislow CA, Morey LC, Gunderson JG. „Socioeconomic-status and mental health in a personality disorder sample: the importance of neighborhood factors.“ *J Pers Disord*, 2013: Dec;27(6):820-31.
71. Wapp, M, van de Glind G, van Emmerik-van Oortmerssen K, Dom G, Verspreet S, Carpentier PJ, Ramos-Quiroga JA, Skutle A, Bu ET, Franck J, Konstenius M, Kaye S, Demetrovics Z, Barta C, Fatséas M, Auriacombe M, Johnson B, Faraone SV, Levin FR, Allsop S, Carru. „Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Treatment Seeking Patients with a Substance Use Disorder: An International Multicenter Study.“ *Eur Addict Res*, 2015: 21(4):188-94.
72. Yen, S., Shea, MT. „Recent developments in research of trauma and personality disorders.“ *Curr Psychiatry Rep*, 2001: 3(1):52-8.
73. Zanarini MC, Vujanovic, AA., Parachini, EA., Boulanger, JL., Frankenburg, FR., Hennen, J. „A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD).“ *J Pers Disord.* , 2003: Dec;17(6):568-73.
74. Zanarini, MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. „Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults.“ *J Pers Disord*, 2011: Oct;25(5):607-19.
75. Zimmerman, M, Rothschild L, Chelminski I. „The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients.“ *Am J Psychiatry*, 2005: Oct;162(10):1911-8.