

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*На правах рукописи*

Трабелси Фарах

**Клинико-психологическая характеристика аутоагрессивного поведения у  
женщин с пограничным расстройством личности**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
кандидат медицинских наук, доцент  
Федотов Илья Андреевич

Рязань – 2026

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	15
1.1. Нейробиологические и психосоциальные факторы в этиологии и патогенезе аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности.....	15
1.1.1. Нейробиологические факторы в этиологии и патогенезе аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности .....	15
1.1.2. Психосоциальные факторы патогенеза аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности .....	21
1.2. Клинические особенности самоповреждающего поведения при пограничном расстройстве личности.....	27
1.2.1. Типология самоповреждающего поведения .....	27
1.2.2. Связь аутоагрессивного поведения с определенными симптомами ПРЛ.....	29
1.3. Современные подходы к диагностике ПРЛ и оценке отдельных симптомов .....	34
1.4. Коморбидные заболевания при пограничном расстройстве личности и их влияние на аутоагрессивное поведение.....	40
1.4.1. Аффективные расстройства .....	41
1.4.2. Тревожные расстройства и расстройства, связанные со стрессом .....	42
1.4.3. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.....	43
1.4.4. Расстройства пищевого поведения .....	44
1.4.5. Психотические расстройства .....	44
1.4.6. Другие психические расстройства .....	45

1.5. Влияние когнитивного восприятия шрамов, оставшихся после НССП, на риск суицида .....	46
1.6. Методы лечения, снижающие риск суицидов и самоповреждающего поведения при пограничном расстройстве личности.....	46
1.6.1. Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) .....	48
1.6.2. Терапия, основанная на ментализации .....	50
1.6.3. Схематерапия .....	51
1.6.4. Медикаментозное лечение .....	52
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	53
2.1. Дизайн исследования .....	53
2.2. Методология и методы исследования.....	54
2.3. Материалы исследования .....	61
2.3.1. Характеристика участников исследования .....	61
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, ФОРМ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ ПАТТЕРНОВ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ.....	64
3.1. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик всех пациенток с пограничным личностным паттерном и респондентов контрольной группы.....	64
3.1.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам .....	64
3.1.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам.....	65
3.1.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти .....	68
3.1.4. Оценка травм, перенесенных в детстве .....	70

3.1.5. Заключение .....	71
3.2. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с пограничным расстройством личности и пациенток с пограничными чертами личности.....	72
3.2.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам .....	72
3.2.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам.....	74
3.2.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти .....	76
3.2.4. Оценка травм, перенесенных в детстве .....	78
3.2.5. Заключение .....	79
3.3. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с пограничным расстройством личности с различными коморбидными состояниями .....	80
3.3.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам .....	80
3.3.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам.....	81
3.3.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти .....	84
3.3.4. Оценка травм, перенесенных в детстве .....	86
3.3.5. Заключение .....	87
3.4. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с пограничными чертами личности с различными коморбидными состояниями.....	88
3.4.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам .....	88
3.4.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам.....	89
3.4.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти .....	92

3.4.4. Оценка травм, перенесенных в детстве .....	94
3.4.5. Заключение .....	94
3.5. Суицидологическая модель пациенток с пограничным расстройством личности и пациенток с пограничными чертами личности .....	95
3.5.1 Результаты корреляционного анализа .....	96
3.5.2. Результаты построения модели множественной регрессии.....	98
3.5.3. Заключение .....	100
3.6. Отношение к шрамам после несуицидального самоповреждения у пациенток с пограничным расстройством личности.....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	103
ВЫВОДЫ .....	107
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	109
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	112
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	115

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) – это сложное в диагностике и тяжелое по влиянию на качество жизни и адаптацию психическое расстройство, которое обычно проявляется в подростковом или раннем взрослом возрасте и характеризуется эмоциональной нестабильностью, повышенной импульсивностью, когнитивными нарушениями и нестабильными межличностными отношениями [6, 16, 19, 46, 96]. В классификации МКБ-10 это состояние относится к диагнозу F60.31 «Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип», однако, в последние годы термин «Пограничное расстройство личности» также стал общеупотребимым [6, 16, 19]. Это расстройство затрагивает до 5,9 % общего населения [16, 45] и 20% психиатрических пациентов [89], с распространенностью около 12% в амбулаторных психиатрической сети и 22% в стационарных психиатрических отделениях [10, 46, 52]. Среди пациентов с ПРЛ около 75% составляют женщины [63].

Пациенты с пограничным расстройством личности имеют высокий уровень коморбидных психических расстройств, в частности, расстройств настроения (96%), тревожных расстройств (88%), расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (87%), и расстройств пищевого поведения (53%) [105]. Распространенность коморбидности ПРЛ и аддикций чаще встречается у пациенток женского пола (около 59%) [118].

Актуальность ПРЛ также объясняется высокой распространенностью аутоагрессивного поведения, которое влияет не только на психосоциальное функционирование, но и на прогноз жизни людей, страдающих этим расстройством [1,12, 16, 18]. Среди пациентов с пограничным расстройством личности 75% имеют попытки самоубийства (ПС), 10% совершают самоубийство, а 90% совершают несуицидальные самоповреждения (НССП), среди них 90% являются взрослыми и

95% - подростками [16, 27, 96].

В настоящее время недостаточно исследований, описывающих полный суицидологический профиль пациенток с ПРЛ. Также недостаточно данных о конкретных клинико-психопатологических и психологических характеристиках, повышающих риск суицида у пациенток с ПРЛ. Данные о влиянии различных коморбидных расстройств на тяжесть аутоагрессивного поведения у пациенток с ПРЛ являются зачастую противоречивыми. Изучение этих параметров является важным с теоретической и практической точки зрения: для разработки методов контроля симптомов ПРЛ и профилактики аутоагрессивного поведения.

### **Степень разработанности темы**

В настоящее время пограничное расстройство личности является крайне важной темой исследования в психиатрии из-за высокой распространенности аутоагрессивного поведения, которое оказывает значительное влияние на личное, профессиональное и социальное функционирование и ставит под угрозу жизнь людей, страдающих этим расстройством [16]. В рамках ряда исследований была доказана высокая распространенность аутоагрессивного поведения у лиц с ПРЛ, в частности была подчеркнута роль такого поведения в регуляции интенсивных эмоций, устранении хронического чувства внутренней пустоты и трансформации психической боли в физическую боль с целью уменьшения дистресса [9].

Хотя пограничное расстройство личности может возникать и у мужчин, оно чаще встречается у женщин. Проведено множество исследований, посвященных изучению различий в проявлениях ПРЛ у мужчин и женщин. Было доказано, что клиническая картина ПРЛ у мужчин характеризуется преобладанием агрессивности и импульсивности, в то время как у женщин чаще наблюдается эмоциональная нестабильность, нарушения межличностных отношений и аутоагрессивное поведение [100, 104]. Мужчины с ПРЛ, в целом, чаще страдают от расстройств, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, а также сопутствующих расстройств личности, а именно: параноидного, шизотипического,

антисоциального и нарциссического расстройств личности [75,104], в то время как женщины с ПРЛ имеют сопутствующие расстройства типа расстройств настроения, тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения и обсессивно-компульсивного расстройства личности [75, 104]. Что касается аутоагрессивного поведения в контексте ПРЛ, то между полами не было обнаружено различий в преобладании доли лиц или частоте суицидальных попыток, однако мужчины совершали более опасные суицидальные попытки, чем женщины [75]. При терапии ПРЛ женщины чаще всего направляются в группы психотерапии с назначением психотропных препаратов, в частности антидепрессантов и анксиолитиков. Мужчинам чаще всего назначают антипсихотические препараты. Их также могут направлять на реабилитационные процедуры для лечения наркотической зависимости [104].

Современные исследования в значительной степени прояснили этиопатогенез, клинические проявления и подходы к лечению ПРЛ и аутоагрессивного поведения в рамках ПРЛ, а также различия в проявлениях симптомов у мужчин и женщин, страдающих этим расстройством. Однако, что не существует достаточных исследований, в которых бы комплексно изучалась связь между клиничко-психопатологическими и психологическими характеристиками и суицидальным поведением у женщин с различными степенями проявления пограничного расстройства личности. Эти результаты помогут выстраивать тактику дифференцированной терапии.

### **Цель исследования**

Комплексное исследование предикторов и проявлений аутоагрессии у женщин с ПРЛ с целью оптимизации терапевтических стратегий.

### **Задачи исследования**

1. Изучить вариации и взаимосвязи клинических проявлений аутоагрессии в

контексте ПРЛ.

2. Изучить клинико-психопатологические и психологические характеристики аутоагрессивного поведения в зависимости от выраженности проявлений пограничного расстройства личности и коморбидных расстройств.

3. Установить преобладающее отношение к шрамам, оставшимся после несуицидальных самоповреждений, у пациенток с ПРЛ.

4. Обосновать целесообразность разработки дифференцированных мероприятий, направленных на выявление и коррекцию клинических и психопатологических особенностей, с целью снижения риска аутоагрессивного поведения в рамках комплексного лечения женщин с чертами ПРЛ.

### **Научная новизна**

1. Представлено комплексное описание клинико-психопатологических и психологических характеристик в связи с проявлениями аутоагрессивного поведения у женщин с различной степенью выраженности черт ПРЛ.

2. Дано уточнение основных клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с различной степенью выраженности черт ПРЛ, в зависимости от коморбидных психических расстройств.

3. Выявлен доминирующий тип отношения к шрамам после несуицидального самоповреждения у пациенток с ПРЛ.

4. С учетом полученных данных сформулированы предложения для разработки дифференцированных подходов, направленных на выявление и коррекцию указанных психологических характеристик, влияющих на проявления аутоагрессивного поведения, в рамках комплексного лечения женщин с ПРЛ.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Данные, полученные в ходе исследования, позволяют оценить и лучше понять связь между отдельными клинико-психопатологическими и

психологическими характеристиками и аутоагрессивным поведением у пациенток с разной степенью выраженности паттернов пограничной личности. Исследование различных клинико-психопатологических и психологических характеристик у пациенток с разными степенями выраженности паттернов пограничной личности и различными сопутствующими расстройствами позволяет разработать индивидуальные профилактические программы, адаптированные к конкретным потребностям реабилитации и коррекции выявленных различий. Исследование факторов, повышающих риск аутоагрессивного поведения, таких как психосоциальные факторы и отношение к шрамам, оставшимся после несуицидального самоповреждения, позволяет разработать профилактические меры по снижению риска аутоагрессивного поведения.

### **Методология и методы исследования**

В исследовании использовались клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психометрический и математико-статистический методы.

Исследование было построено по наблюдательному кросс-секционному рандомизированному дизайну. Все участники, согласившиеся принять участие в исследовании, прошли личное клиническое интервью. Участники заполнили опросник по данным анамнеза, а также прошли психометрическое обследование. Основным опросником, используемым для скрининга ПРЛ среди участниц, было «Пересмотренное диагностическое интервью для лиц с ПРЛ (ДИП-П)», переведенное и адаптированное на русский язык [8, 114].

Для оценки личностных черт и психологических характеристик были использованы следующие методы:

1. Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) переведенное и адаптированное на русский язык [4, 112].

2. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) переведенное и адаптированное на русский язык [11, 29].

3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R) в адаптации Тарабариной Т.В. представляет собой метод скрининга для оценки различных психопатологических симптомов [25, 60].

4. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (Мини-СМИЛ) [23].

5. Шкала импульсивности Баррата (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) в адаптации С.Н. Ениколопова [3, 88].

Для изучения аффективного состояния были использованы следующие методы:

1. Шкала самооценки депрессии Цунга [127].

2. Шкала самооценки тревоги Цунга [126].

3. Для оценки уровня положительных и отрицательных эмоций была использована адаптированная для русского языка версия «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (PANAS)» [14, 121].

Для изучения суицидального риска и отношения участников к смерти были использованы следующие методы:

1. Опросник суицидального риска – разработанный Т. Н. Разуваевой опросник [21].

2. Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) [13].

3. Опросник «Отношение к смерти» [24, 122].

4. Опросник «Страх личной смерти» [24, 73].

Для изучения дополнительных личностно-психологических характеристик использовались следующие методики:

1. «Шкала отношения к шрамам после самоповреждений» [120].

2. Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков (DUDIT) [66]. Аналогичная методика для алкогольной зависимости (AUDIT) не включалась в исследование, т.к. подгруппа женщин с коморбидным синдромом зависимости была набрана и оценена по клиническим параметрам.

3. Для изучения роли различных травматических переживаний в детстве в

развитии аутоагрессивного поведения у пациентов с ПРЛ был использован Сокращенный опросник о травмах в детстве (CTQ-SF), адаптированный на русский язык [20, 62].

### **Личный вклад автора**

Вклад автора состоит в опросе и анкетировании респондентов, постановке цели и задач, выборе методов исследования, статистической обработке данных, анализе полученных результатов исследования, формулировке выводов. Результаты исследования получены автором самостоятельно.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Пациентки с паттерном пограничной личности имеют специфический профиль аутоагрессивности, проявляющийся в значительно более высокой суицидальной активности и преобладании отношения к смерти как к бегству и страху быть забытой после смерти. У них значительно более высокий уровень психических травм в детстве, особенно эмоционального насилия и пренебрежения.

2. Пациентки с подтвержденным диагнозом ПРЛ демонстрируют более выраженную дисфункцию личности во всех ключевых областях, чем пациентки с пограничными чертами личности, особенно в отношении негативных аффектов, расторможенности и психотизма.

3. Тип коморбидности при ПРЛ определяет различные паттерны психологических особенностей, что определяет доминирующие цели для психотерапевтического вмешательства: работа над антагонизмом, ригидностью и страхами в случае аддиктивной коморбидности и коррекция схем зависимости, фобий и нарушений планирования в случае психиатрической коморбидности.

4. Анализ внутригрупповых различий у пациенток с пограничными чертами личности и различными типами коморбидности выявил точечные различия, которые не влияют на общий психопатологический контекст.

5. Главной психосоциальной детерминантой потенциального суицидального поведения у пациенток с ПЧЛ является уровень депрессивности, у пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток, нарушения самоконтроля по BIS-11 и эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ, антисуицидальной детерминантой – гипоманиакальность по МИНИ-СМИЛ.

6. Чаще всего, когда лица с пограничным расстройством личности видят свои шрамы, они вспоминают безнадежность и чувство стыда, которые испытывали, когда наносили себе самоповреждения.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки).

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность полученных результатов подтверждается представлением клинических выборок и использованием современных и адекватных методов исследований и статистического анализа. Цели соответствуют задачам. Полученные данные задокументированы в таблицах. На основании полученных результатов в диссертации сформулированы выводы и практические рекомендации.

Основные результаты исследования были представлены на следующих конференциях: X Всероссийская научная конференция молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвященная 175-летию со дня рождения академика И.П. Павлова и 120-летию со дня получения им Нобелевской премии (24 октября 2024 г.); Всероссийской научно-практической конференции «Дифференциальная диагностика психотических расстройств и коморбидных состояний в психиатрии и

наркологии» (15 ноября 2024 г.); XI межрегиональной научно-практической конференции «Медико-психологическая и социальная реабилитация в психиатрии и наркологии» приуроченной к 75-летию РязГМУ на земле Рязанской (29 мая 2025 г.); XI Всероссийская с международным участием научная конференция молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста», посвящённая 75-летию университета на Рязанской земле (24 октября 2024 г.).

Результаты исследования внедрены в лечебно-профилактическую деятельность ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова», ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», в образовательную деятельность кафедры психиатрии и психологического консультирования и кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России.

### **Публикации**

По теме диссертационного исследования опубликовано 9 научных трудов, полно отражающих основные положения диссертации, в том числе 6 статей в изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов диссертационных исследований, из которых 2 индексированы в международных цитатно-аналитических базах данных Scopus и Web of Science.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация имеет классическую структуру, содержит: введение, три главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список сокращений, список литературы (всего 127 наименований, из них 27 отечественных и 100 зарубежных авторов). Диссертация изложена на 130 страницах печатного текста, иллюстрирована 10 таблицами, 8 рисунками.

## **ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

### **1.1. Нейробиологические и психосоциальные факторы в этиологии и патогенезе аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности**

В контексте психических расстройств наиболее актуальной и широко принятой является биопсихосоциальная модель, разработанная Энгелем [71]. Эта теоретическая и клиническая модель подчеркивает важность изучения одновременной интеграции биологических, психологических и социальных процессов в развитии психических расстройств. Согласно этому подходу, биологические факторы включают в себя физическое здоровье, генетическую уязвимость и влияние лекарств. Психологические факторы также включают физическое здоровье, психическое здоровье, навыки преодоления трудностей, социальные навыки, а также внутрисемейные отношения. К социальным факторам относят отношения с коллегами, семейное окружение и внутрисемейные отношения. Эти же факторы рассматриваются и при описании патогенеза расстройств личности.

#### **1.1.1. Нейробиологические факторы в этиологии и патогенезе аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности**

Согласно Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам (DSM-5), на развитие расстройств личности влияют генетические факторы. Это объясняется наследованием расстройства личности от одного или обоих родителей с такой же патологией или другими психическими расстройствами со схожими критериями. Эти генетические факторы влияют на развитие мозга и его функционирование, что, в свою очередь, сказывается на развитии личности и способности человека адаптироваться и взаимодействовать в социальной и профессиональной среде [63].

Также можно обнаружить биологические факторы и при рассмотрении аутоагрессивного поведения. Так, в Российском национальном руководстве по суицидологии [18] представлен ряд биологических концепций развития суицидального поведения. Среди них - наследственная предрасположенность к суициду и депрессивному расстройству. Это объясняется повышенным риском суицида у людей с семейной историей самоубийств или депрессивных расстройств по сравнению с общей популяцией. Кроме того, существует теория генетических мутаций, в рамках которой исследователи показали, что риск самоубийства тесно связан с мутациями в определенных генах, таких, как SLC6 A4, COMT, 5-HTT TRN2 и так далее. Также сообщается, что риск самоубийства у людей с нарушениями функций мозга выше, чем у людей, страдающих другими соматическими заболеваниями, такими как диабет, рак и т. д. Кроме того, дисфункция нейротрансмиттеров во фронтотемпоральных областях мозга приводит к нарушениям когнитивных функций и адаптивных реакций на стрессовые ситуации, а также повышает риск аутоагрессивного поведения [18].

Было показано, что в патогенезе самоповреждения при ПРЛ участвуют несколько биологических факторов и механизмов. К ним относятся нарушения в работе нейротрансмиттеров и гормонов, а также морфологические изменения в разных отделах головного мозга.

Различные исследования показали, что нарушение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГНО) может способствовать патогенезу аутоагрессивного поведения у лиц с ПРЛ [39]. Эта система является одной из нейроэндокринных систем, контролирующей реакцию организма на стресс: при возникновении стрессовой ситуации паравентрикулярное ядро гипоталамуса, выделяет кортикотропин-рилизинг-фактор и аргинин-вазопрессин. Эти пептидные соединения проходят через портальную систему гипофиза и действуют синергически, стимулируя выработку аденокортикотропного гормона (АКТГ) кортикотропными клетками. Затем АКТГ связывается с рецепторами в коре надпочечников, что приводит к выработке и высвобождению кортизола. Это вещество связывается с рецепторами в гипоталамусе, передней доле гипофиза и

медиальной префронтальной коре. В процессе патогенеза ПРЛ кортизол способен влиять на эмоциональную сферу человека: связываясь с рецепторами в различных отделах мозга, таких как гипоталамус, передняя доля гипофиза и медиальная префронтальная кора, он стимулирует метаболизм нейронов, позволяя им функционировать более эффективно. Однако длительное воздействие приводит к пагубным последствиям, и нейроны начинают гибнуть. Без нейронной основы возникают трудности с регулированием эмоций, что повышает риск импульсивности и аутоагрессивного поведения, особенно в стрессовых ситуациях или в ситуациях, воспроизводящих детские травмы. Следует подчеркнуть, что высокий уровень кортизола у пациентов с ПРЛ часто связан с тяжелыми детскими потрясениями (эмоциональное и физическое насилие, фрустрация, брошенность).

Травматический опыт детства также может влиять на нейротрансмиттерные системы в мозге, повышая риск аутоагрессии у пациентов с ПРЛ [39]. На развитие нервной системы, обучение, память и передачу информации влияют глутаматергические и N-метил-D-аспартатные (NMDA) нейротрансмиссии. Например, нейровизуализационные исследования, проведенные у пациентов с ПРЛ и эритробластопенией по сравнению с контрольной группой, показали снижение плотности и объема синапсов в различных областях мозга (гиппокампе и миндалине), которые в норме богаты NMDA-рецепторами и играют роль в памяти и когнитивной адаптации к негативным эмоциям. Кроме того, детская травма влияет и на морфологическую структуру мозга: наблюдаются изменения в ветвлении дендритов, что также отражает симптомы ПРЛ.

Согласно теории, выдвинутой Vandelow В. et al. (2010), снижение чувствительности опиоидных рецепторов или уменьшение доступности эндогенных опиоидов может быть связано с патофизиологией ПРЛ. Существует в основном три класса эндогенных опиоидов (эндорфины, энкефалины и динорфины), которые стимулируют три типа рецепторов, связанных с G-белками. Бета-( $\beta$ )-эндорфин - один из наиболее важных эндогенных опиоидов, который частично вырабатывается в аркуатном ядре гипоталамуса и высвобождается в кровь, спинной мозг и различные отделы головного мозга, включая области,

связанные с вознаграждением. Различные стрессовые факторы приводят к активации  $\beta$ -эндорфина, что вызывает эйфорический и анальгетический эффекты. Поскольку эндогенная опиоидная система может влиять на уязвимость в межличностных отношениях и внутриличностную боль (симптом "внутренней пустоты" у пациентов с ПРЛ), предполагается, что  $\mu$  опиоидные рецепторы играют более важную роль в социальной и аффективной регуляции. Эти рецепторы в избытке присутствуют в организме человека. Эндогенная опиоидная система регулирует реакцию на стрессовые и вредные стимулы, острые или хронические, которые вызывают физические, эмоциональные или социальные страдания. Большое количество исследований выявило региональные изменения в функционировании эндогенной опиоидной системы и  $\mu$ -опиоидных рецепторов в частях мозга, участвующих в обработке эмоциональных и стрессовых сигналов, принятии решений, боли и нейроэндокринной регуляции. Суицидальное самоповреждение рассматривается как способ облегчения "душевной боли", вызванной дисфункцией эндогенной опиоидной системы [45].

Существует множество доказательств того, что окситоцинергическая система мозга может играть определенную роль в патогенезе ПРЛ. Herpertz S. C. et al. (2015) в своем обзоре выдвигают теорию, согласно которой окситоцин играет роль в регуляции специфических поведенческих механизмов: 1) сети мозговой салиентности, способствующей социально адаптивному подходу к поведению; 2) системы регуляции эмоций, нормализующей когнитивно-эмоциональное взаимодействие; 3) мезолимбической системы, поддерживающей опыт вознаграждения от социального взаимодействия; 4) регуляции областей мозга, ответственных за когнитивную и эмоциональную эмпатию. Согласно первоначальной информации, также возможно взаимодействие между окситоцином и каннабиноидной системой, связанной с обработкой боли. Эти различные нарушения снижают способность человека с ПРЛ поддерживать отношения, основанные на привязанности, в течение длительного времени, что лишает его способности справляться с кризисными ситуациями посредством обращения к значимым другим, тем самым повышая риск аутоагрессии [77].

Изменения в структуре гиппокампа лежат в основе патогенеза ПРЛ. Он играет важнейшую роль в управлении стрессом и был изучен в рамках исследования последствий стресса в раннем возрасте для развития мозга [97]. В этом исследовании ученые отметили, что плохой материнский уход, пренебрежение и отказ от ребенка имеют последствия для его психосоциального развития и становления как личности. Увеличение размера левого гиппокампа часто наблюдается у людей, получивших травму в детстве. Также было показано, что объем левого гиппокампа влияет на проявление симптомов ПРЛ, суицидальных тенденций и несуйцидального аутоагрессивного поведения. Таким образом, авторы подчеркивают важность правильного развития ребенка в первые два года жизни, особенно с точки зрения снижения риска суицида.

Изменения наблюдались и в других частях мозга [107]. У людей с частыми суицидальными попытками при ПРЛ наблюдалось уменьшение объема серого вещества по сравнению с теми, кто совершал мало суицидальных попыток, в лобно-лимбической системе: в правой средне-нижней орбитофронтальной коре, правой средне-верхней височной коре, правой инсулярной коре, левой фузиформной извилине, левой язычной извилине и правой парагиппокампальной извилине. Уменьшение количества серого вещества во многих лобных височно-лимбических областях было связано с более высоким уровнем смертности. У лиц, совершивших попытку самоубийства, с высоким уровнем смертности и агрессии были связаны объемы серого вещества в крупных билатеральных областях средней части нижней орбитофронтальной лобной коры и передней поясной извилины. В правой средне-верхней височной коре, правой инсуле, правой язычной извилине, двусторонней фузиформной извилине и правом парагиппокампе ответы были значительно слабее. Люди с ПРЛ более подвержены импульсивному, агрессивному и суицидальному поведению из-за эмоциональной дисрегуляции. Это позволяет предположить, что более высокий уровень смертности связан с уменьшением количества серого вещества в лобной, височной и лимбической областях.

Сравнение нейрокогнитивных показателей между пациентами с ПРЛ и контрольной группой показало, что пациенты имеют более низкие показатели по

устойчивому вниманию, распознаванию эмоций на лице и вербальной памяти. С другой стороны, не было обнаружено различий между группами в отношении интеллектуальной гибкости, приобретения визуальных знаний, торможения реакции и навыков принятия решений [110]. Измерения этих показателей, проведенные после исчезновения клинических симптомов ПРЛ, вместо этого указывают на высокую чувствительность к стрессу во время взаимодействия с другими людьми.

Если пациенты с пограничным расстройством личности испытывают сильный стресс, их нейрокогнитивный профиль изменяется, и могут развиваться временные диссоциативные симптомы. Диссоциативные проявления ПРЛ коррелируют с изменениями в теменной коре и в основном связаны с трудностями в восстановлении автобиографической памяти. По данным других исследований, не было обнаружено корреляции между показателями диссоциации, зрительным восприятием и рабочей памятью. По мнению авторов, пациенты с ПРЛ представляют собой разнородную группу, а не стандартизированный тестовый материал привел к противоречивым результатам исследования [110].

У большинства пациентов с ПРЛ наблюдалось снижение базальной скорости метаболизма в орбитофронтальной области коры. Орбитофронтальная кора играет важную роль в исполнительных функциях, которые контролируют принятие решений и импульсивное поведение. Помимо этой области коры, миндалина обеспечивает адекватное распознавание эмоций. Подавление реакции и распознавание выражений лица могут оказывать значительное влияние на прогнозирование импульсивности, которая характерна для ПРЛ и повышает риск суицида. При других психических расстройствах изучалась взаимосвязь между импульсивностью и подавлением реакции, и был сделан вывод, что эти явления, вероятно, происходят через одни и те же биологические механизмы в префронтальной коре [110].

Принятие решений и оперативная память - когнитивные функции, влияющие на суицидальность. Пациентов с ПРЛ и самоповреждающим поведением сравнивали со здоровыми людьми, и единственными наблюдаемыми

нейрокогнитивными различиями были трудности в принятии решений и планировании. Пациенты с ПРЛ дольше принимали решение, выбирали наиболее вероятные варианты развития событий и сомневались в правильности своего решения, демонстрируя защитные реакции. По мнению авторов, эти недостатки могут быть следствием дисфункций в орбитофронтальной и дорсолатеральной лобной областях мозга, а недостаток терпения и импульсивность могут быть существенной особенностью ПРЛ [110]. Таким образом, крайне важно оценить трудности принятия решений и проблемы вербальной памяти, чтобы предсказать и предотвратить текущее суицидальное поведение у пациентов.

В целом биологические факторы, участвующие в патогенезе аутоагрессивного поведения при ПРЛ, можно разделить на генетические и нейробиологические. Генетические факторы представлены высокой семейной сегрегацией. Нейробиологические факторы включают гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что снижает способность управлять негативными эмоциями, и дисфункцию глутамата в гиппокампе, что приводит к снижению когнитивных способностей, дисфункция мю-опиоидной системы, которая приводит к появлению "душевной боли" у пациентов с ПРЛ, и нарушение функционирования окситоцинергической системы, которая влияет на межличностные отношения, особенно те, которые основаны на привязанности. Фронтально-темпорально-лимбическая атрофия повышает риск суицида. Все эти расстройства приводят к снижению когнитивных функций и адаптивности к негативным эмоциям, что повышает риск импульсивных действий и аутоагрессивного поведения.

### **1.1.2. Психосоциальные факторы патогенеза аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности**

На развитие аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности (ПРЛ) оказывают влияние несколько психологических факторов. В основном они представлены травматическим детским опытом. Исследования

показали, что повторяющееся и длительное воздействие травматического опыта с раннего возраста приводит к раннему началу ПРЛ и повышает риск развития самоповреждающего поведения, включая НССП и суицидальные попытки.

Lobbestael J. et al. (2010) провели исследование на 409 участниках с расстройствами личности. Расстройства личности оценивались с помощью Полуструктурированного интервью. Ретроспективная оценка жестокого обращения в детстве проводилась с помощью опросника «Травматические события в детстве». Согласно полученным результатам, сексуальное насилие было связано с проявлениями параноидного, шизоидного, пограничного и избегающего расстройств личности. Физическое насилие было связано с антисоциальным расстройством личности. Психологическое насилие было связано с параноидным, шизотипическим и пограничным расстройствами личности. Эмоциональное пренебрежение было связано с гистрионным и пограничным расстройствами личности. Наибольшая частота суицидальных тенденций была связана с сексуальным насилием [84].

В исследовании Necht K. F. et al. (2014) приняли участие 599 детей в возрасте 10-12 лет, из которых 314 пережили жестокое обращение, а 285 - нет. Изучались подтип, возраст начала и продолжительность жестокого обращения в детстве как факторы, способствующие развитию черт ПРЛ у детей. Результаты показали, что дети, подвергавшиеся жестокому обращению, имели более высокие суммарные баллы по признакам ПРЛ и с большей вероятностью были отнесены к группе высокого риска развития ПРЛ. В зависимости от продолжительности жестокого обращения общий балл по признакам ПРЛ увеличивался, а характер начала и периодичность жестокого обращения являются ключевыми показателями того, соответствует ли участник критериям группы высокого риска по суициду [47].

В своем исследовании Bozzatello P. et al. (2020) отобрали 70 участников из числа амбулаторных пациентов с ПРЛ, посещающих Центр расстройств личности при Туринском университете в Италии. Они оценили их с помощью инструментов оценки специфических симптомов пограничного расстройства личности, подверженности травматическому опыту, глобального функционирования и

воспринимаемого качества жизни. Переменные, которые были определены как значимые в бивариантном анализе, были включены в две множественные регрессии, где зависимыми переменными были возраст начала заболевания и возраст. Результаты показали, что раннее начало ПРЛ в основном связано с травматическими событиями, такими как жестокое обращение, пренебрежение, проблемы в семейном окружении и издевательства. Кроме того, раннее начало заболевания также связано с социальной дисфункцией и повышенным риском НССП [48].

Среди травмирующих событий, которые могут произойти в детстве, эмоциональное, физическое и сексуальное насилие вносят значительный вклад в развитие аутоагрессивного поведения при ПРЛ. В исследовании Liu W. et al. (2011) приняли участие 351 испытуемый, которые заполнили следующие опросники: диагностический опросник личности (Personality Diagnostic Questionnaire, PDQ-4+), инструмент родительской привязанности (Parental Bonding Instrument, PBI), опросник детской травмы (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) и опросник привязанности взрослых (Adult Attachment Questionnaire, AAQ). Результаты показали, что эмоциональное насилие в детстве, чрезмерный контроль со стороны отца и ненадёжная материнская привязанность являются одними из факторов риска развития ПРЛ и аутоагрессивного поведения, характерного для этого расстройства [32].

Kaplan C. et al. (2016) провели исследование на группе из 58 девочек с ПРЛ в возрасте от 13 до 21 года, в том числе 29 с историей жестокого обращения в детстве и 29 без нее. В ходе исследования пациентки проходили клинические интервью, при которых оценивались диагностический анамнез, жестокое обращение в детстве, НССП и суицидальные тенденции (т. е. идеи, планы и попытки). Затем НССП и суицидальные тенденции были повторно оценены при последующих обследованиях через 1 и 2 месяца. Результаты показали, что плохое обращение в детстве, в частности сопутствующее физическое и сексуальное насилие, повышает суицидальные тенденции и риск НССП у молодых людей с ПРЛ [43].

Infurna M. R. et al. (2016) исследовали различные виды неблагоприятного

детского опыта в выборке госпитализированных девочек-подростков с пограничным расстройством личности (ПРЛ) в сравнении с клинической контрольной группой со смешанными психиатрическими диагнозами. Для диагностики пограничного расстройства использовалось структурированное клиническое интервью. Различные аспекты неблагоприятного детского опыта оценивались с помощью опросников: "Детский опыт заботы и жестокого обращения", "Инструмент родительской привязанности" и "Устройство оценки семьи". Результаты показывают, что неблагоприятный детский опыт способствует развитию ПРЛ [116].

По данным исследования, проведенного Merza K. et al. (2017) в Канаде, в котором приняли участие 80 пациентов (с ПРЛ), поступивших в психиатрические отделения. При обследовании 63 участника имели в анамнезе НССП, а 17 - нет. Для оценки частоты и характеристик НССП использовался Оттавский опросник самоповреждений, а для оценки детской травмы – «Опросник травматических предрасположенностей» и «Опросник ранней травмы». Согласно полученным результатам, неблагоприятный детский опыт был более распространен в группе, занимающейся самоповреждением. Раннее сексуальное насилие и физическое насилие в семье были наиболее влиятельными факторами при оценке количества НССП в течение жизни. Таким образом, был сделан вывод, что кумулятивный балл травмы связан с большим количеством критериев ПРЛ [51].

В исследовании Goldbach R. E. et al. (2023) изучались 187 женщин с симптомами ПРЛ, у 65% из которых было диагностировано ПРЛ. Женщины прошли следующие психологические тесты: BSL 23 + BSL-S, CTQ (the Childhood Trauma Questionnaire), DERS (Difficulties in Emotion Regulation), а также они прошли полуструктурированное клиническое интервью для оценки критериев пограничного расстройства (International Personality Disorder Examination, IPDE). Для оценки прямых и косвенных эффектов были разработаны многомерные модели и бутстреп-анализ на основе регрессии. Результаты показали, что тяжесть детской травмы, особенно эмоционального насилия, оказывает неблагоприятное прогностическое влияние на выраженность симптомов пограничного расстройства

личности. При анализе связей с критериями ПРЛ (IPDE) наблюдалась значимая корреляция между средним показателем (BSL-23) и тревогой разлуки, проблемами идентичности и настроения, хронической опустошенностью, суицидальными мыслями и диссоциацией. Кроме того, средний показатель (BSL-S) был связан с импульсивным самоповреждением и вспышками гнева. Полученные результаты подтверждают влияние жестокого обращения с детьми и проблем с управлением эмоциями на развитие ПРЛ [65].

В исследовании Yan H. et al. (2023) ставилась задача проанализировать влияние стилей воспитания на симптомы ПРЛ у подростков, а также опосредованное влияние отношений со сверстниками и чувствительности к отвержению. В этом исследовании 600 подростков были опрошены с помощью «Упрощенного опросника родительского стиля», «Шкалы отношений со сверстниками», «Опросника чувствительности к отвержению (Rejected Sensitivity Questionnaire)» и «Диагностического личностного опросника (PDQ4+)». Результаты показали, что родительское отвержение является значимым и положительным предиктором симптомов ПРЛ у подростков [123].

Высокий невротизм, характеризующийся склонностью к переживанию негативных эмоций и ненадежной привязанностью, приводит к эмоциональной нестабильности, проблемам с управлением стрессовыми ситуациями и повышенному риску развития самоповреждающего поведения.

В рамках исследования, проведенного Психиатрическим консорциумом Хельсинкского университета, Baryshnikov I. et al. (2017) провели исследование 282 человек, страдающих психическими заболеваниями. Участники проходили различные психологические тесты, такие как McLean Screening Instrument, Experiences in Close Relations-Revised, Short Five и Trauma and Distress Scale. Оценивались коэффициенты корреляции между общими баллами по шкалам и их измерениями, а также проводились многомерный регрессионный и медиационный анализы. У пациентов с аффективными расстройствами наблюдалась умеренно сильная взаимосвязь между самописанием черт пограничного расстройства и одновременным высоким уровнем невротизма, травматическим детским опытом и

тревогой привязанности. Таким образом, независимыми факторами, способствующими развитию черт ПРЛ, являются молодой возраст, частота травматического детского опыта и высокий уровень невротизма [98].

В исследовании Zanarini M. C. et al. (2020) приняли участие 164 подростка, 104 из которых страдали расстройством аутистического спектра, а 60 были здоровы. Для оценки негативного и защитного детского опыта использовалось полуструктурированное интервью. Для оценки пятифакторной модели личности использовался опросник NEO-FFI. Исследование показало, что восемь из девяти переменных, оценивающих тяжесть жестокого обращения и пренебрежения, позитивные отношения в детстве, детскую компетентность и личностные факторы, являются значимыми бивариантными факторами риска развития ПРЛ у подростка. Тем не менее, согласно многомерной модели, тяжесть пренебрежения, более высокий уровень невротизма и низкая компетентность в детстве были определены как наиболее способствующие факторы риска для аутоагрессии [99].

В исследовании Ehrental J. C. et al. (2018) приняли участие 113 женщин с ПРЛ. Участницы прошли психологический "Trier social stress test", образцы слюны были взяты до и после стресса и проанализированы на содержание слюнной альфа-амилазы и кортизола. Неблагоприятный детский опыт оценивался с помощью опросника "Детская травма", а привязанность - с помощью пересмотренного опросника "Опыт близких отношений". Неблагоприятный опыт детства и отсутствие привязанности привели к повышению уровня альфа-амилазы и различиям в стрессовой реакции. Это исследование может послужить перспективным биомаркером для оценки риска самоубийства при ПРЛ [33].

Люди с ПРЛ отличаются повышенной эмоциональной реактивностью и более слабыми социальными навыками. Так в исследовании Nicol K. et al. (2015) 20 человек с ПРЛ и 16 здоровых испытуемых прошли функциональную магнитно-резонансную томографию, в ходе которой участники рассматривали изображения лиц, выражающих эмоцию страха. Участники также заполнили опросник "Травма в детстве" (СТQ) и провели структурированное клиническое интервью. Результаты показали, что физическое насилие в детстве связано у людей с ПРЛ со значительно

большей активацией сети областей мозга, включая средний мозг, в ответ на эмоциональные стимулы. Лица с ПРЛ, подвергшиеся физическому насилию в детстве, могут быть уязвимы к развитию психотических симптомов и аутоагрессии из-за стойких различий в реакции среднего мозга на эмоциональные стимулы [54].

Большинство исследований указывают на связь между ранней детской травмой и самоповреждающим поведением при ПРЛ. Некоторые исследования показывают, что продолжительность переживаний количественно связана с ранним началом суицидальных проявлений. Также было показано, что высокий уровень невротизма и нестабильный стиль привязанности играют решающую роль в возникновении аутоагрессивного поведения. Кроме того, существует психосоциальный механизм, заключающийся в повышенной эмоциональной реактивности и низком социальном интеллекте, что приводит к интенсивным эмоциональным вспышкам.

## **1.2. Клинические особенности самоповреждающего поведения при пограничном расстройстве личности**

В этой главе обзора литературы будут рассмотрены различные типологии самоповреждающего поведения, характерные для пограничного расстройства личности, а также отдельные симптомы ПРЛ, приводящие к возникновению АА.

### **1.2.1. Типология самоповреждающего поведения**

В исследованиях изучалась корреляция между клиническими и психопатологическими особенностями аутоагрессивного поведения и особенностями ПРЛ. В российском исследовании, проведенном Крыловой Е. С. с соавт. (2020), приняли участие 146 пациентов с самоповреждением, 73 из которых были диагностированы с ПРЛ и 73 - с нарциссическим расстройством личности (НРЛ). Средний возраст участников составил  $18,5 \pm 3,1$  года. Для сравнения самоповреждающего поведения при двух расстройствах участники были

подвергнуты клинико-патологическим, ретроспективным, психометрическим и статистическим методам. Было установлено, что 117 пациентов страдали НССП, из них 68 (58,1 %) - ПРЛ и 49 (41,9 %) - НРЛ. Всего было совершено 211 суицидальных попыток, 2 пациента умерли после завершеного суицида. При этом 127 (60,2%) попыток были совершены пациентами с НРЛ и 84 (39,8%) - с ПРЛ. НССП при ПРЛ чаще всего были импульсивного (22-32,4%) и аддиктивного (18%) типов, в то время как при НРЛ они были деперсонализационного типа (14-28,6%). Суицидальные попытки при ПРЛ также были импульсивными (44-52,4%), тогда как при НРЛ - деперсонализирующими (32-25,0%) и переоценивающими (43-34,0%). Преднамеренные суицидальные попытки при ПРЛ встречаются реже, чем при НРЛ. Аутоагрессивное поведение при ПРЛ, в отличие от НРЛ, представлено на одном континууме [15].

В другом российском исследовании Кулешова А. А. с соавт. (2022) приняли участие 116 пациентов мужского и женского пола с диагнозом ПРЛ, у которых в юности наблюдалось аутоагрессивное поведение. Пациенты прошли клинико-психологическое обследование (61 пациент) и катамнестическое обследование (55 пациентов) с использованием ретроспективных и психометрических методов в амбулаторных клиниках и психиатрических стационарах. Показано, что существуют корреляции между исходной типологией ПРЛ и АА: в клинической группе преобладали импульсивный (64%) и демонстративный (24%) варианты АА при ПРЛ I типа ("аффективная буря"). Клиническая структура ПРЛ в этом случае характеризуется аффективными нарушениями с сосуществованием различных типов аффекта, наличием выраженных аффективных колебаний, поведенческих нарушений и аутоагрессивного поведения. Аддиктивный тип АА (44,4 %) связан со II типом ("аддиктивная адреналиномания") ПРЛ. Здесь присутствуют импульсивные расстройства, связанные с зависимостью, и депрессивная коморбидность. Также наблюдается тенденция к многочисленным татуировкам и пирсингу. Получено, что деперсонализирующие (51,9 %) и самоистязающий (11,1 %) типы АА относятся к III типу ("когнитивное искажение и распад самоидентификации") ПРЛ. При этом диссоциативные симптомы включают

синдром деперсонализации, который, в сочетании с когнитивными нарушениями на фоне депрессии, приводит к появлению НССП и суицидальных мыслей. В катамнестической группе наблюдалась трансформация основных типов аутоагрессивного поведения в аддиктивное [2].

Таким образом, аутоагрессивное поведение при ПРЛ проявляется на одном континууме. В большинстве случаев они носят импульсивный характер. Затем появляются аддиктивные АА. Наконец, есть деперсонализирующие, самоистязующие и демонстративные виды АА.

### **1.2.2. Связь аутоагрессивного поведения с определенными симптомами ПРЛ**

Было проведено множество исследований, чтобы определить, какие из отдельных симптомов ПРЛ в наибольшей степени связаны с возникновением аутоагрессивного поведения. В 2023 году Искандерова Р.Э. провела исследование 52 пациентов с ПРЛ (43 женщины и 9 мужчин). Участники заполнили «Опросник пограничной личности (BPQ)» и «Шкалу суицидальных идей». Результаты показали, что НССП и ПС коррелировали с такими чертами личности, как чувство пустоты ( $r=0,52$ ), чувство покинутости ( $r=0,46$ ), низкая самооценка ( $r=0,44$ ) и эмоциональная нестабильность ( $r=0,43$ ) [5].

В исследовании Brickman L. J. et al. (2014) приняли участие 724 студента, 61,2 % из которых были женщинами. Участники заполнили опросники самоотчета о симптомах ПРЛ и предшественниках НССП. Регрессионный анализ показал, что среди отдельных симптомов ПРЛ суицидальная история, импульсивность, чувство "хронической пустоты" и нарушение идентичности были значимо и положительно связаны с НССП на протяжении жизни, тогда как нестабильные отношения были негативно связаны с НССП. Симптомом ПРЛ, связанным с частотой НССП, была диссоциация. Среди факторов ПРЛ дисрегуляция эмоций и нарушенная связанность были связаны с наличием НССП в анамнезе, но только нарушенная связанность коррелировала с частотой НССП [113].

В исследовании Fulham L. et al. (2023) приняли участие 40 пациентов с ПРЛ.

Они прошли экспериментальную процедуру, в ходе которой участники оценивали степень своей "внутренней пустоты" и тяги к АА на исходном уровне и в ответ на межличностный стресс. Более высокая степень "внутренней пустоты" предсказывала более высокую тягу к самоубийству ( $p < 0,001$ ), но не тягу к самоповреждению ( $p = 0,081$ ). Ощущение пустоты не оказало значимого влияния на реактивность побуждений к самоубийству ( $p = 0,731$ ) или на реактивность побуждений к самоповреждению ( $p = 0,446$ ) [74].

Для изучения факторов, связанных с попытками самоубийства, Yen S. et al. (2021) провели совместное продольное исследование расстройств личности (CLPS) с участием 701 человека в течение 10-летнего периода наблюдения. Исследование было посвящено ПРЛ и отдельным критериям ПРЛ. Результаты показали, что ПС в наибольшей степени ассоциируется со следующими признаками ПРЛ: нарушением идентичности (OR=2,21; 95% ДИ [1,37÷3,56]), хроническим чувством пустоты (OR=1,63; 95% ДИ [1,03÷2,57]), избеганием брошенности (OR=1,93; 95% ДИ [1,17÷3,16]) [30].

Используя данные Национального эпидемиологического обследования США по алкоголю и сопутствующим заболеваниям, Harford T. C. et al. (2019) провели исследование с участием 4301 пациента с ПРЛ. Возраст участников составлял 18 лет и старше. Целью данного исследования было определить, какие критерии ПРЛ по DSM-5 независимо связаны с агрессией. Для этого с помощью логистической регрессии были изучены ассоциации между критериями ПРЛ и такими категориями агрессии, как аутоагрессия (включая попытки самоубийства), насилие по отношению к другим (гетероагрессия), комбинированное насилие (направленное на себя и других) и отсутствие насилия. В общей популяции такие черты ПРЛ, как нарушение идентичности, импульсивность и склонность к интенсивному гневу, были значимо связаны с агрессией по отношению к другим; в то время как избегание покинутости, НССП, чувство пустоты и интенсивный гнев были значимо связаны с аутоагрессией. Эти критерии (за исключением нарушения идентичности) также значимо характеризуют комбинированное насилие [42].

Sekowski M. et al. (2022) провели исследование с участием 339

госпитализированных подростков в возрасте от 12 до 17 лет. Они прошли следующие психологические тесты: «Опросник детства для выявления пограничного расстройства личности по DSM-IV», «Опросник депрессии Бека-II», «Модифицированная шкала суицидальных мыслей» и сообщили о количестве попыток самоубийства в своей жизни. Регрессионный анализ показал, что общая выраженность симптомов ПРЛ была положительно связана с суицидальными мыслями и попытками самоубийства. Среди отдельных симптомов ПРЛ нарушение идентичности, хроническая пустота, избегание покинутости и преходящая паранойя были наиболее тесно связаны с интенсивностью суицидальных мыслей. Только нарушение идентичности было связано с количеством попыток самоубийства в течение жизни [31].

Ducasse D. et al. (2019) провели исследование с участием 92 пациентов с расстройством суицидального поведения по DSM-5 (т.е. всех тех, кто страдал ТС в течение 2 лет до поступления в клинику). Оценивались клинические характеристики уязвимости к суицидальному поведению. Результаты показали, что 50 % пациентов с суицидальным поведением также страдали ПРЛ. Пациенты с ПРЛ в девять раз чаще имели несколько суицидальных эпизодов, чем пациенты без ПРЛ. Они также чаще имели клинические и психологические особенности, которые делали их уязвимыми к суицидальному поведению. Эмоциональная дисрегуляция, склонность к стыду, импульсивность, озабоченная модель привязанности и травмы детства были повышены в обеих группах, но значительно выше у пациентов с коморбидным ПРЛ. Выявленные психологические черты оставались стабильными в период длительной ремиссии [72].

В исследовании Yen S. et al. (2013) обследованию подверглись 47 подростков с ПРЛ и их родители. Их сравнивали с подростками с саморазрушительным поведением, но без ПРЛ. Затем были проанализированы характеристики суицидального поведения. Пациенты с ПРЛ чаще совершали попытки суицида в прошлом и чаще госпитализировались после суицидальной попытки. Не выявлено существенных различий в частоте самоповреждений и степени выраженности суицидальных мыслей между пациентами с ПРЛ и без данного расстройства.

Пациенты с ПРЛ также имели более высокую распространенность сопутствующих психиатрических заболеваний и более высокий уровень агрессии, однако не было выявлено существенных различий в эмоциональной дисрегуляции по сравнению с суицидальными подростками без ПРЛ [124].

В своем исследовании Cameron A. Y. et al. (2020) изучали взаимосвязь между стыдом, НССП и суицидальными мыслями в группе из 40 женщин с пограничным расстройством личности. Результаты показали, что склонность к стыду, связана с высокой частотой НССП, а также с суицидальными мыслями и ПС, независимо от тяжести симптомов ПРЛ, что позволяет предположить, что стыд может быть важной целью лечения людей с ПРЛ [50].

В исследовании Colle L. et al. (2020) приняли участие 20 пациентов с ПРЛ, 9 из которых демонстрировали самоповреждающее поведение, и их сравнили с контрольной группой из 20 здоровых людей того же возраста. Цель исследования состояла в том, чтобы определить, могут ли диссоциативные переживания пациентов с ПРЛ быть связаны с измененным чувством ответственности и могут ли акты членовредительства, благодаря сильной сенсорной стимуляции, представлять собой копинг-стратегию для уменьшения дистресса, связанного с этими диссоциативными переживаниями. Ощущение собственной значимости оценивалось с помощью парадигмы сенсорного ослабления. В этой парадигме степень снижения воспринимаемой интенсивности ощущений, генерируемых извне, по сравнению с внешними ощущениями, рассматривается как неявная мера чувства ответственности. В результате были обнаружены значительные различия в восприятии двух групп. Оказалось, что эффект ослабления отсутствует в группе с ПРЛ, в то время как в контрольной группе он присутствует. Однако дальнейший анализ показал, что пациенты с ПРЛ, которые занимались самоповреждением, демонстрировали такую же степень затухания, как и контрольная группа. Эти результаты подтверждают гипотезу о том, что самоповреждения являются копинг-стратегией, направленной на повышение чувства собственной значимости [103].

Baus N. et al. (2014) провели исследование 68 пациентов с ПРЛ. Они изучали ассоциации дисфункциональной организации личности, коморбидных

психических расстройств и НССП с ПС. Пациенты с ПС в анамнезе показали более высокие баллы по личностным доменам, связанным с агрессией. Кроме того, история ПС была связана с более низким общим уровнем организации личности и более высокой распространенностью НССП и расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами [89].

В заключение следует подчеркнуть, что при ПРЛ существуют различные типы АА. Наиболее распространенным является импульсивный тип АА. Следующим по распространенности является аддиктивный тип АА. Также встречаются аутоагрессивные формы поведения, такие как деперсонализация, самокалечение и демонстративное поведение. В отличие от других психических расстройств, АА при ПРЛ протекает по единому континууму. Многие исследования связывают аутоагрессивное поведение с такими симптомами ПРЛ, как хроническое чувство пустоты, избегание покинутости, эмоциональная нестабильность и нарушение идентичности. Реже встречается связь с такими симптомами, как импульсивность, стыд, сильный гнев, низкая самооценка, а также диссоциативные эпизоды, преходящая паранойя и дезорганизация личности.

Таким образом, было показано, что существует сильная корреляция между аутоагрессивным поведением и симптомами ПРЛ, такими как чувство хронической пустоты, избегание брошенности, эмоциональная нестабильность и нарушение идентичности. Реже встречается связь с такими симптомами, как импульсивность, стыд, сильный гнев, низкая самооценка, а также диссоциативные эпизоды, преходящая паранойя и дезорганизация личности.

Важным направлением дальнейших исследований является разработка модели суицидального и несуйцидального аутоагрессивного поведения у женщин с ПРЛ на основе глубокого и всестороннего изучения клинико-психологических характеристик аутоагрессивного поведения у данной категории пациентов. Использование этой модели позволит улучшить понимание роли взаимодействия различных психосоциальных факторов и различных категорий критериев ПРЛ (аффективные, когнитивные, импульсивные симптомы или нарушения межличностных отношений) в развитии аутоагрессивного поведения. Таким

образом, можно поставить ранний диагноз и реализовать более эффективную стратегию превенции.

Кроме того, фундаментальные работы последних лет подчеркивают, что акцент важно делать не только на «плюс»-факторах суицидогенеза, т.е. факторах, повышающих риск суицида, но и на антисуицидальных протективных факторах, которые ранее позволяли человеку жить, несмотря на наличие суицидальных идей и антивитаальных жизненных установок [12].

### **1.3. Современные подходы к диагностике ПРЛ и оценке отдельных симптомов**

В настоящий момент, пограничное расстройство личности диагностируется на основании специфических критериев, изложенных в трех основных диагностических руководствах и международных классификациях болезней, а именно в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5), Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). DSM-5 - это справочник для диагностики и классификации психических расстройств. Она была опубликована в 2013 году в США. DSM-5 публикуется Американской психиатрической ассоциацией (АРА) и представляет собой категориальную классификацию психических расстройств. Она содержит описания, симптомы и другие критерии диагностики психических расстройств, а также информацию о распространенности, течении, факторах риска и прогнозе [63]. МКБ-10 - это кодифицированная медицинская классификация, используемая для описания основных диагнозов различных систем и органов человеческого организма. В МКБ-10, разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), диагнозы заболеваний и других проблем со здоровьем записываются в буквенно-цифровые коды, что облегчает хранение, исследование и анализ данных [78]. МКБ-11 - это последняя версия Международной классификации болезней, опубликованная ВОЗ. Она модернизирует и повышает детализацию и точность

диагнозов [79]. В России ее адаптация приостановлена.

Согласно DSM-5, ПРЛ характеризуется нестабильностью межличностных отношений, самовосприятия и эмоций, сопровождающихся значительной импульсивностью в различных областях. Для подтверждения диагноза необходимо наличие как минимум пяти из следующих девяти критериев:

1. Повторяющиеся попытки избежать реальной или воображаемой покинутости: пациенты с ПРЛ испытывают сильный страх быть покинутыми и не переносят одиночества. Поэтому они прилагают чрезвычайные усилия, вплоть до актов аутоагрессии, чтобы избежать покинутости, даже если она воображаемая;

2. Модель нестабильных и интенсивных межличностных отношений, характеризующаяся чередованием крайних позиций чрезмерной идеализации и обесценивания: страдающие ПРЛ могут идеализировать человека (партнера или даже недавно встреченного человека), когда этот человек заботится о них. Эта идеализация может слишком быстро перейти в обесценивание, когда они почувствуют, что этот человек недостаточно заботится о них;

3. Расстройство идентичности: выраженная и устойчивая нестабильность самовосприятия или самооценки;

4. Импульсивность как минимум в двух областях, потенциально опасных для субъекта: они могут употреблять наркотики, вступать в опасные сексуальные практики, необратимо тратить много денег или испытывать приступы переедания;

5. Повторение суицидального поведения, самоповреждения или членовредительства: эти акты аутоагрессии используются как средство угрозы другим после расставания или совершаются людьми с ПРЛ, чтобы пережить диссоциативные эпизоды;

6. Эмоциональная нестабильность, связанная с выраженной реактивностью настроения;

7. Хроническое чувство внутренней пустоты;

8. Интенсивные и неуместные состояния гнева или трудности с контролем гнева;

9. Временные эпизоды параноидных мыслей и тяжелые диссоциативные

симптомы во время стрессовых ситуаций [63].

В МКБ-10, ПРЛ представлено как подтип эмоционально неустойчивого расстройства личности (F60.3). Это расстройство личности характеризуется повышенной импульсивностью, эмоциональной нестабильностью и вспышками гнева, приводящими к агрессивному или аутоагрессивному поведению. Существует два подтипа: импульсивный тип (F60.30) характеризуется в основном эмоциональной нестабильностью и отсутствием контроля над импульсами, что приводит к насилию и угрожающему поведению; пограничный тип (F60.31) характеризуется эмоционально лабильным расстройством личности. Кроме того, у пациентов с пограничным типом наблюдаются нарушения самовосприятия, личных целей и предпочтений, их беспокоит хроническое чувство внутренней пустоты, интенсивные и нестабильные межличностные отношения, а также аутоагрессивное поведение и угрозы самоубийства [78].

В МКБ-11 не выделяются конкретные типы расстройств личности, но подчеркивается общая концепция патологической личности с выделением уровней тяжести личностной дисфункции от легкой до тяжелой. Согласно МКБ-11, расстройство личности - это состояние, характеризующееся стойкими проблемами личностного функционирования и межличностной дисфункцией в течение двух и более лет. Расстройство проявляется в дезадаптивных паттернах познания, эмоционального опыта, экспрессии и поведения в различных личных и социальных ситуациях. Нарушения при этом не соответствуют уровню развития и не могут быть объяснены в первую очередь социальными или культурными факторами, включая социально-политические конфликты. Нарушение должно быть связано с существенным дистрессом или значительным ухудшением личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных сфер функционирования. Расстройство обусловлено не столько социальными или культурными факторами, сколько недостатком развития. В МКБ-11 также представлены некоторые яркие паттерны личности для уточнения, в том числе и пограничный паттерн (6D11.5). Этот паттерн характеризует людей, у которых расстройство личности проявляется в общей нестабильности межличностных

отношений, самовосприятия и аффекта, а также в выраженной импульсивности, на что указывает ряд следующих элементов: очень сильные попытки избежать реальной или воображаемой покинутости, модель нестабильных и интенсивных межличностных отношений, нарушение идентичности, проявляющееся в выраженной и устойчивой нестабильности самовосприятия или ощущения себя, склонность к безрассудным поступкам в состоянии сильного негативного аффекта, приводящая к потенциально опасному поведению, повторяющиеся эпизоды самоповреждения, эмоциональная нестабильность, связанная с выраженной реактивностью настроения, хроническое чувство внутренней пустоты, неуместный сильный гнев или трудности с контролем над гневом, преходящие диссоциативные симптомы или психотические эпизоды в ситуациях высокого аффективного возбуждения [79].

Помимо диагностических руководств и классификаций болезней, врачи используют инструменты для скрининга ПРЛ. Наиболее надежным и точным инструментом для скрининга и подтверждения диагноза пограничного расстройства личности, используемым в психиатрии, считается Пересмотренный диагностический опросник для людей с пограничным расстройством личности (ДИП-П). Это полуструктурированное интервью, оценивающее домены, связанные с ПРЛ, разработанное Zanarini M. C. et al. (1989). Интервью касается истории последних двух лет, предшествующих моменту опроса. Домены, выявленные в ходе интервью, следующие: 1. Аффект: содержит депрессию, гнев, тревогу и другие дисфорические аффекты, такие как скука и внутренняя пустота; 2. Сознание: содержит странные мысли или необычные сенсорные переживания, небредовые переживания и психотические переживания; 3. Импульсивные действия, например, самоповреждение, употребление психоактивных веществ или участие в рискованных сексуальных актах; 4. Межличностные отношения, например, нарушенные межличностные отношения, непереносимость одиночества и избегание покинутости. Всего в интервью содержится 127 вопросов, включая обобщенные утверждения и оценки по разделам. Баллы за пункты и краткие утверждения могут принимать значения 2 (да), 1 (вероятно) или 0 (нет). Оценка

сводного результата определяется оценкой отдельных вопросов по каждому домену. Общий балл по домену получается путем объединения баллов по обобщенным утверждениям, оценивающим один и тот же домен, который затем преобразуется в балл по градуированному разделу, следуя инструкциям, данным в интервью. При объединении четырех баллов за градуированные разделы получается общий балл. Общий балл составляет от 0 до 10. Диагноз ПРЛ подтверждается, если общий балл составляет 8 или более. Этот опросник был переведен и адаптирован на русский язык Короленко Ц. П. с соавт. (1997). Русский вариант достаточно эффективен и до сих пор используется в психиатрических клиниках для диагностики ПРЛ у российских пациентов [8, 114].

Также применяется ряд других дополняющих основные классификации подходов. Оценка личности по DSM-5 - краткая форма (PID-5-BF) - это шкала самооценки, разработанная Krueger R. F. et al. (2013) и содержащая 25 пунктов, она используется для взрослых в возрасте от 18 лет и старше. Оценивается 5 доменов личностных черт, включая негативный аффект, отстраненность, антагонизм, расторможенность и психотизм, причем каждый домен черт состоит из 5 пунктов оценки. Опросник позволяет получить информацию о выраженности у пациента дисфункциональных личностных черт, значимых для дименсиональной диагностики расстройства личности. Кустов Г. В. с соавт. (2022) провели исследование в России с целью лингвистической адаптации русской версии опросника и анализа его психометрических характеристик на российской популяции пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. Русскоязычная версия продемонстрировала удовлетворительную внутреннюю согласованность опросника в целом, а также сохранила пятифакторную модель патологических личностных доменов, представленную в DSM-5 и разработанную авторами оригинальной версии. Таким образом, данная шкала используется в клинической практике для скрининга личностных расстройств у российских пациентов [4, 112].

Опросник пограничной личности (BPQ) - это 80-пунктовая психологическая шкала самоотчета. Это подшкалы для каждого из диагностических критериев ПРЛ

по DSM-4. К ним относятся: 1. Импульсивность; 2. Эмоциональная нестабильность; 3. Изобилие; 4. Межличностные отношения; 5. Самовосприятие; 6. Суицид/самоповреждение; 7. Ощущение пустоты; 8. Интенсивный гнев; 9. Квазипсихотические состояния. Общий балл измеряет тяжесть симптомов. Эта шкала была признана полезным инструментом для скрининга психиатрических пациентов и населения в целом на наличие ПРЛ [111].

Список пограничных симптомов (BSL-23) - это краткая версия опросника BSL-95, который представляет собой инструмент самооценки симптоматики ПРЛ, содержащий 95 пунктов [91]. Он основан на диагностических критериях DSM-4, на пересмотренной версии «Диагностического опросника для пограничного расстройства личности» и на мнениях клиницистов и пациентов с ПРЛ. BSL-23 был разработан для того, чтобы облегчить тест для пациентов и сократить время, необходимое для самооценки. На первом этапе BSL-23 был разработан на 379 пациентах с диагнозом ПРЛ на основе пунктов BSL-95, обладающих наибольшей чувствительностью к изменениям и наибольшей способностью отличать пациентов с пограничным расстройством от других групп пациентов. На втором этапе психометрические свойства BSL-23 были изучены и сравнены с психометрическими свойствами BSL-95 в 5 различных выборках, включающих в общей сложности 659 пациентов с ПРЛ. Согласно полученным результатам, BSL-23 является полезным и эффективным инструментом самооценки с психометрическими свойствами, аналогичными BSL-95 [115].

Скрининговый инструмент Маклина для выявления пограничного личностного расстройства (MSI-BPD) - это самоотчетный опросник, используемый для выявления симптомов ПРЛ [28]. Он содержит 10 пунктов (касающихся нестабильности межличностных отношений, компульсивных действий, самоповреждений и т.д.), на каждый из которых можно ответить "верно" (1 балл) или "неверно" (0 баллов). Истинный ответ означает наличие симптомов ПРЛ, указанных в вопросе, а ложный - их отсутствие. Пороговое значение для постановки диагноза ПРЛ составляет 7 и более баллов. Этот опросник показал свою полезность и эффективность при скрининге ПРЛ. Он также может быть

использован для подростков и молодых взрослых.

Шкала клинической рейтинговой оценки пограничного расстройства личности. Этот опросник был разработан в Самаре Романовым Д.В. (2015). Он обеспечивает надежную и объективную диагностику ПРЛ. Опросник включает 15 клинических признаков: 1-женский пол, 2-наличие ситуации насилия в подростковом возрасте, 3-конфликтная обстановка в родительской семье 4-враждебность пациента к одному из родителей, 5-ранняя сепарация, 6-наличие в анамнезе членовредительства, 7-эпизод агрессивного поведения, 8-эпизод алкоголизма или наркомании с социально значимыми последствиями, 9-раннее начало половой жизни, 10- более одного брака, 11 - намерение сменить партнера, 12 - наличие депрессивного эпизода, 13 - наличие рискованного поведения или пьянства, 14 - жалобы на перепады настроения, 15 - манипулирование врачом во время интервью. За каждый присутствующий признак начисляется один балл. Диагноз ПРЛ подтверждается, если сумма баллов равна 12 и более у пациентов моложе 40 лет или если сумма баллов равна 10 и более у пациентов старше 40 лет. С помощью этого теста можно поставить надежный и объективный диагноз ПРЛ во время первичного интервью [22].

В итоге, несмотря на концептуальные и категориальные различия, изложенные в международных диагностических руководствах, и несмотря на большое разнообразие опросников, утвержденных для диагностики ПРЛ, все они подчеркивают важность выявления аутоагрессивного поведения в форме несуицидального самоповреждения и суицидальных попыток для подтверждения наличия ПРЛ и позволяют широко и точно оценить различные клинические параметры ПРЛ.

#### **1.4. Коморбидные заболевания при пограничном расстройстве личности и их влияние на аутоагрессивное поведение**

ПРЛ относится к числу психических расстройств с частой встречаемостью коморбидных состояний. Диагностика этих сопутствующих расстройств всегда

представляет собой сложную задачу для врачей, поскольку симптомы могут скрываться в клинической многообразии ПРЛ. Данная глава посвящена изучению различных сопутствующих расстройств при ПРЛ и их влиянию на самоповреждающее поведение у пациентов с ПРЛ.

### 1.4.1. Аффективные расстройства

Расстройства настроения являются наиболее распространенными коморбидными расстройствами, связанными с самоповреждением при ПРЛ. По оценкам исследователей, примерно 96 % пациентов с ПРЛ в тот или иной момент своей жизни страдают расстройствами настроения [105, 109]. Более того, многочисленные кросс-секционные исследования показали, что от 32% до 83% пациентов с ПРЛ также страдают депрессивными расстройствами [53, 105, 109]. Учитывая частое присутствие депрессивных симптомов при ПРЛ, важно отличать их от коморбидного большого депрессивного расстройства. Так, Rao S. et al. (2019) предложили методы, которые необходимо использовать для дифференциации депрессивных симптомов, включенных в начальную стадию ПРЛ. Предполагается, что эти симптомы: 1) являются преходящими и возникают чаще как реакция на стресс; 2) не имеют устойчивого клинического ответа на антидепрессанты и/или электросудорожную терапию; 3) отвечают на целенаправленную психотерапию [93]. Распространенность дистимического расстройства среди пациентов с ПРЛ составляет от 22 % до 61 % [109]. Голландское исследование Stringer B. et al. (2013) показало, что дистимия, связанная с особенностями ПРЛ, включая проблемы с управлением гневом, повышает риск самоповреждения в виде суицидальных попыток [95].

Частота коморбидного биполярного расстройства (БАР) II типа среди пациентов с диагнозом ПРЛ колеблется от 6,7% до 12% [109], а биполярного расстройства I типа - 10 % [36]. Увеличение частоты коморбидных БАР у пациентов с ПРЛ связано с ростом посттравматических стрессовых расстройств у пациентов и членов их семей, ростом биполярных расстройств и расстройств,

связанных с употреблением психоактивных веществ, среди их родственников, а также увеличением частоты детской травмы, безработицы, инвалидности, попыток суицида и госпитализаций [101]. Диагностика коморбидности ПРЛ и БАР сложна и всегда представляет собой вызов для клиницистов, поскольку трудно отличить каждое расстройство в отдельности. В своем исследовании Bayes A. et al. (2022) использовали подход машинного обучения для дифференциации коморбидного БАР/ПРЛ от БАР и ПРЛ [36]. Точность диагнозов, полученных с помощью такого подхода, составила 79,6% для классификации БАР/ПРЛ по сравнению с БАР и 61,7% для классификации БАР/ПРЛ по сравнению с ПРЛ. Более характерные клинические критерии были выявлены при коморбидности БАР/ПРЛ, с большей точностью при дифференциации от БАР и меньшей точностью по сравнению только с ПРЛ. Такой аддитивный подход должен помочь улучшить процесс принятия клинических решений, а дальнейшие исследования машинного обучения на больших наборах данных, вероятно, позволят еще больше повысить точность диагностики. В целом, расстройства настроения в контексте коморбидности с ПРЛ достаточно стабильны, и пациенты в ремиссии от расстройства настроения, но с ПРЛ, чаще сталкиваются с рецидивом депрессии и совершают самоповреждения, чем пациенты с другими расстройствами личности [109].

#### **1.4.2. Тревожные расстройства и расстройства, связанные со стрессом**

Исследования показывают, что у 88 % пациентов с ПРЛ в течение жизни могут развиваться коморбидные тревожные и связанные со стрессом расстройства [109]. Из этих расстройств наиболее распространенным является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), распространенность которого составляет от 25% до 56 % в поперечных исследованиях и 35 % в проспективных исследованиях [109]. Это можно объяснить тем, что оба расстройства связаны с травматическими событиями в анамнезе [19]. Согласно анализу, проведенному Pagura J. et al. (2010) на американской популяции, вероятность попытки самоубийства в течение жизни была выше в группе с

коморбидным ПТСР/ПРЛ, на втором месте - группа только с ПРЛ и затем группа только с ПТСР [57]. Коморбидное паническое расстройство также имеет значительную распространенность при ПРЛ - от 2 % до 48 % в поперечных исследованиях и от 23 % до 29 % в проспективных исследованиях [109]. Другие тревожные расстройства имеют меньшую распространенность. Срезовые одномоментные исследования показали распространенность от 0 до 35 % для генерализованного тревожного расстройства, и от 3 % до 46 % для социальной фобии, а также от 0 до 20 % для обсессивно-компульсивного расстройства. Количественные показатели распространенности в лонгитюдных исследованиях составили 4,4-7,4 %, 7,2-17,2 % и 3,7-10 % соответственно [109]. Сочетание ПРЛ и тревожных расстройств приводит к более тяжелым НССП с частотой до 89 % [85].

#### **1.4.3. Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ**

Кросс-секционные исследования показали, что до 84 % пациентов с ПРЛ имеют симптомы расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ. От 11,8 % до 66 % таких пациентов имели расстройства, связанные с употреблением алкоголя, а от 3,4 % до 87 % - расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ [105, 109]. ПРЛ и коморбидная алкогольная зависимость приводят к трехкратному увеличению числа суицидальных мыслей, НССП и СП по сравнению с пациентами, страдающими только зависимостью. В большинстве ситуаций такое аутоагрессивное поведение носит импульсивный характер или проявляется в виде угроз со стороны пациентов, что приводит к более тяжелым последствиям [7, 27]. Было показано, что пациенты с ПРЛ пьют быстрее. Для них более быстрое употребление алкоголя может быть способом максимизировать положительное фармакологическое действие алкоголя, усилить положительные психотропные эффекты и уменьшить отрицательные [70]. Употребление психоактивных веществ объясняется многими факторами. Согласно гипотезе самолечения, пациенты с ПРЛ часто используют аддиктивные вещества, чтобы уменьшить негативные эмоции или заменить их приятным состоянием,

например опьянением. К употреблению веществ с аддиктивными свойствами также могут подтолкнуть психосоциальные факторы, например хронический стресс. Обычно вещества принимают с целью вызвать состояние, близкое к диссоциации [40]. Согласно исследованию, проведенному Sher L. et al. (2019), риск развития расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, у мужчин с ПРЛ выше, чем у женщин с ПРЛ [75].

#### **1.4.4. Расстройства пищевого поведения**

Распространенность расстройств пищевого поведения (РПП) среди пациентов с ПРЛ варьируется от 14 % до 53 %. Эти расстройства проявляются в виде анорексии (от 10 % до 21 %), булимии (от 3 % до 26 %) или неуточненного пищевого поведения (от 14 % до 26 %) [109]. По данным Leckabe E. et al. (2021), выраженность симптомов РПП тесно связана с выраженностью черт ПРЛ, включая нарушение идентичности и чувство пустоты [44]. В своем исследовании, включавшем 483 женщины с ПРЛ, Reas D. L. et al. (2015) провели сравнение между пациентками с коморбидной нервной булимией и пациентками без нервной булемии. Результаты показали, что диагноз коморбидной нервной булемии у женщин с ПРЛ был значительно связан с недавними суицидальными мыслями, самоповреждающим поведением и попытками самоубийства [102].

#### **1.4.5. Психотические расстройства**

Психозы часто сосуществуют с ПРЛ. По данным голландского исследования, проведенного Slotema C. W. et al. (2018), распространенность психотических расстройств среди пациентов с ПРЛ составляет 38 %, из них 20 % приходится на неспецифическое психотическое расстройство, 2 % - на шизофрению, 2 % - на психотическое расстройство, вызванное психоактивными веществами, и 1 % - на кратковременное психотическое расстройство. Учитывая, что психотические расстройства связаны с повышенным риском суицида, важно отметить, что до 14%

людей с шизофренией погибают от самоубийства [55]. Более того, связь между ПРЛ и психотическими симптомами усугубляет эту ситуацию, повышая риск суицида [76]. Психотические симптомы, наиболее часто наблюдаемые у лиц с ПРЛ, - это галлюцинации, особенно вербальные галлюцинации, бред и диссоциация. Увеличение числа суицидальных попыток связано с наличием галлюцинаций и бреда [56, 76].

#### **1.4.6. Другие психические расстройства**

По данным Sher L. et al (2019), у мужчин с ПРЛ выше вероятность коморбидных нарциссических, антисоциальных, параноидных и шизотипических расстройств личности, а у женщин с ПРЛ - зависимых и обсессивно-компульсивных расстройств личности [75]. Бессонница и ночные кошмары рассматриваются не только как факторы риска, способствующие возникновению ПРЛ, но и как сопутствующие расстройства, повышающие риск аутоагрессивного поведения [61, 106]. С другой стороны, исследования показали, что пациенты с ПРЛ могут иметь сложные сопутствующие заболевания. Это, например, сочетание аффективного расстройства (например, депрессивного эпизода, биполярного расстройства и/или тревожного расстройства или расстройства, связанного со стрессом) с расстройством, связанным с импульсивностью (например, расстройством потребления психоактивных веществ и/или расстройством питания) [108, 109]. Выявление особенностей ПРЛ при такой сложной коморбидности еще предстоит изучить.

Таким образом, было показано, что сопутствующие заболевания, связанные с ПРЛ, весьма разнообразны. Независимо от частоты их возникновения, они увеличивают частоту и тяжесть аутоагрессивного поведения, включая суицидальные мысли, НССП и суицидальные попытки. Поэтому крайне важно выявлять расстройства, связанные с диагнозом ПРЛ, чтобы реализовать соответствующую и эффективную терапевтическую стратегию.

### **1.5. Влияние когнитивного восприятия шрамов, оставшихся после НССП, на риск суицида**

Одним из активно развивающихся в последнее время аспектов аутоагрессивного поведения является изучение отношения пациентов к шрамам, которые остаются у них после попыток самоповреждения. Согласно исследованиям, пациенты могут проявлять различные отношения к своим шрамам. Некоторые пациенты имеют скорее позитивное отношение, выраженное во внутреннем ощущении силы, то есть пациенты воспринимают свои шрамы как доказательство преодоления трудных ситуаций и, следовательно, как символ гордости и надежды [49]. Другие пациенты, напротив, имеют негативное отношение к своим остаточным шрамам, эти негативные отношения выражаются в чувстве безнадежности и стыда [49]. В случае безнадежности шрамы, оставшиеся после НССП, являются символом бедствия, слабости и отчаяния, напоминая пациентам о плохих событиях в прошлом [49,83]. Чувство стыда наиболее тесно связано с симптомами пограничного расстройства личности [34]. Такое отношение проявляется особенно тогда, когда шрамы видны самому человеку и окружающим [38]. Пациенты рассматривают свои шрамы как источник смущения, самостигматизации и социальной стигматизации от окружающих [120]. Согласно исследованиям, негативное отношение к шрамам усиливает депрессивные симптомы, тревожность, суицидальные мысли и вызывает повторное появление НССП, что повышает риск суицида [83]. Таким образом, в контексте несуйцидального самоповреждения крайне важно выявить отношение пациентов к оставшимся шрамам, чтобы разработать более эффективную терапевтическую стратегию.

### **1.6. Методы лечения, снижающие риск суицидов и самоповреждающего поведения при пограничном расстройстве личности**

Лечение ПРЛ требует раннего и интенсивного вмешательства, чтобы снизить

риск суицидального поведения, обеспечив при этом оптимальное и стабильное улучшение симптомов. В основном такое лечение основано на психотерапевтических подходах.

В последние годы было проведено несколько мета-анализов для оценки эффективности конкретных психотерапевтических методов в снижении риска самоповреждений и уменьшении тяжести симптомов ПРЛ. В их числе мета-анализ, проведенный Cristea I. A. et al. (2017). В исследовании рассматривались тридцать три рандомизированных клинических испытания с участием 2256 взрослых участников, которые были случайным образом распределены на группу, получавшую исключительно психотерапию, и контрольную группу. При отборе исследований выделялись как данные, в которых независимая психотерапия сравнивалась с контрольными вмешательствами, так и данные, в которых экспериментальное вмешательство, добавленное к обычному лечению, сравнивалось только с обычным лечением. Анализ данных позволил классифицировать характеристики испытаний, участников и вмешательств, а также оценить риск необъективности на основе четырех областей инструмента оценки риска необъективности. Были проведены анализы подгрупп и мета-регрессии. Результаты показали, что психотерапевтические методы, такие как диалектическая поведенческая терапия и психодинамические подходы, эффективны при лечении симптомов ПРЛ и связанного с ним самоповреждающего поведения [69].

В 2022 году Stoffers-Winterling J. M. et al. провели мета-анализ тридцати одного рандомизированного контролируемого исследования с участием 1 870 взрослых с ПРЛ. Целью этого исследования была более точная оценка влияния самостоятельных и адьювантных психотерапевтических методов лечения. Основные результаты касались тяжести пограничного расстройства личности, количества самоповреждений, суицидальных исходов и уровня психосоциального функционирования. Остальные диагностические критерии ПРЛ, депрессия и отсев считались вторичными результатами исследования. Результаты анализа показали, что психотерапевтические вмешательства, такие как диалектическая поведенческая терапия и лечение на основе ментализации, оказывали

статистически значимое положительное влияние на такие аспекты, как снижение частоты самоповреждений, психосоциальное функционирование и исходы, связанные с самоубийством. Что касается дополнительных вмешательств, было отмечено, что обучение навыкам диалектической поведенческой терапии, регуляции эмоций, когнитивной мануальной терапии и системного тренинга также положительно влияет на тяжесть ПРЛ, самоповреждения и суицидальный риск. Далее будут рассмотрены основные современные подходы к психотерапевтическому лечению аутоагрессивного поведения при ПРЛ [92].

### **1.6.1. Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)**

Диалектическая поведенческая терапия - одна из наиболее важных видов психотерапии для снижения суицидального риска у пациентов с ПРЛ. Это комплексный 12-месячный терапевтический подход, разработанный Маршей Линехан (Marsha Linehan) в начале 1990-х годов для лечения пациентов, страдающих ПРЛ. Он направлен на баланс между принятием и изменением. ДПТ предлагает пациентам обучение в четырех ключевых областях: осознанность, преодоление дистресса, управление эмоциями и эффективность отношений. Она сочетает в себе принципы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) с осознанностью, принятием и диалектикой. Однако ДПТ отличается от КПТ тем, что в ней меньше внимания уделяется использованию когнитивных методов, а вместо этого акцент делается на обучении и отработке новых навыков совладающего поведения [82,86].

Действительно, приобретение новых навыков, как было показано, является важным элементом в снижении уровня самоповреждений. Линехан и ее коллеги провели рандомизированное клиническое исследование с 24 апреля 2004 года по 26 января 2010 года, чтобы оценить эффективность тренинга навыков в снижении частоты и тяжести суицидальных попыток и эпизодов НССП. Они сравнивали обучение навыкам и ведение случая, индивидуальную терапию ДПТ, группу активности, а также стандартное ДПТ, включающее обучение навыкам и

индивидуальную терапию. Исследование включало один год лечения и один год последующего наблюдения. В исследовании приняли участие 99 женщин со средним возрастом 33,3 года, страдающих ПРЛ и имевших как минимум 2 попытки суицида и/или эпизода НССП за последние 5 лет, один эпизод НССП или попытку суицида в течение 8 недель до скрининга и одну попытку суицида за последний год. Результаты показали, что несколько подходов ДПТ, применяемых терапевтами, которые следовали протоколу оценки и управления суицидальным риском ДПТ, эффективны в снижении числа суицидальных попыток и эпизодов НССП, и что вмешательства, включающие обучение навыкам ДПТ, более эффективны, чем ДПТ без обучения навыкам [64].

В рамках работы с подростками, страдающими ПРЛ и имеющими высокий риск суицида, Rathus J. N. et al. (2002) адаптировали ДПТ для молодой категории респондентов. В их исследовании сравнивалась эффективность адаптации ДПТ в группе подростков с чертами ПРЛ. Группа ДПТ получила 12 недель терапии, включая индивидуальную терапию и работу в группе обучения навыкам эмоциональной регуляции. Их результаты сравнивались с группой обычного лечения, которая получила 12 недель поддерживающей психодинамической индивидуальной терапии и еженедельную семейную терапию. Несмотря на более тяжелые симптомы до начала лечения, в группе ДПТ было меньше психиатрических госпитализаций и выше процент завершения лечения, чем в группе контроля [94]. Исследование показало значительное снижение суицидальных мыслей, общих психиатрических симптомов и симптомов ПРЛ, что говорит о том, что ДПТ является перспективным методом лечения подростков с чертами ПРЛ и аутоагрессивным поведением. Эта адаптация позволила появиться новым исследованиям, которые показали, что ДПТ снижает суицидальный риск у подростков, уменьшая частоту и тяжесть НССП [59, 81]. Также было показано, что ДПТ снижает выраженность симптомов ПРЛ и других расстройств, часто ассоциируемых с ПРЛ, таких как депрессия и биполярное расстройство [59, 81, 119].

В 2021 году, Kothgassner O. D. et al. провели мета-анализ, чтобы оценить

эффективность ДПТ в снижении самоповреждений и суицидальных мыслей у подростков с ПРЛ. Было включено в анализ 21 исследование, в которых приняли участие в общей сумме 1673 подростка в возрасте от 12 до 19 лет. Всего включили пять рандомизированных контролируемых исследований, три контролируемых клинических исследования и 13 оценочных исследований с оценкой состояния "до и после". Собиралась информация о первичных (самоповреждение, суицидальные мысли) и вторичных (симптомы ПРЛ) результатах, а также изучался эффект лечения в рандомизированных контролируемых испытаниях и в оценочных лонгитюдных исследованиях. Согласно полученным результатам, ДПТ оказалась эффективным подходом для снижения уровня самоповреждений и суицидальных мыслей у подростков с ПРЛ [68]. Помимо эффективности в снижении самоповреждений, ДПТ показала, что у пациентов с ПРЛ улучшаются показатели по депрессии, как сообщается в метаанализе Chen S. Y. et al. (2021) [67].

### **1.6.2. Терапия, основанная на ментализации**

Терапия на основе ментализации (ТМ) - это терапевтический подход, разработанный Bateman A. et al. (2004), который состоит из трех отдельных фаз разной продолжительности: начальной, промежуточной и заключительной. Его цель - стимулировать способность ментализировать свою репрезентацию, образ других и образ создаваемых отношений, не оказывая слишком сильного ятрогенного воздействия, путем стимуляции системы привязанности. Для этого используются терапевтические техники, которые способствуют дистанцированию, чтобы лучше регулировать эмоции. В основе ТМ лежат четыре фундаментальных принципа: структура, терапевтический альянс, фокус на текущих межличностных отношениях и исследование отношений между терапевтом и пациентом. Терапия длится около 18 месяцев и включает в себя индивидуальную и групповую терапию. Терапевтический альянс фокусируется на активном сотрудничестве, совместном построении проблемной области и реализации решений. Исследования показывают эффективность этого метода лечения в краткосрочной и долгосрочной перспективе

для людей с ПРЛ, снижая суицидальные тенденции, самоповреждения и депрессию в течение 18 месяцев и сохраняя их эффект в течение 36 месяцев. Кроме того, такое лечение позволило снизить потребность в психиатрической помощи и улучшить социальное функционирование в течение 8 лет после его применения [35, 117].

### 1.6.3. Схематерапия

Схематерапия - это психотерапевтический метод, разработанный психологом Джеффри Янгом (Jeffrey E. Young) в 1990-х годах. Он направлен на выявление и исправление дезадаптивных паттернов, часто уходящих корнями в детство, которые могут вызывать расстройства личности, тревогу или депрессию. Она сочетает в себе когнитивные, аффективные, поведенческие и межличностные методы, чтобы помочь пациентам осознать свои дисфункциональные паттерны и заменить их более здоровыми способами мышления и поведения. Цель схематерапия - реорганизовать внутреннюю структуру пациентов с ПРЛ, используя для этого четыре фундаментальных механизма трансформации: 1) ограниченное перевоспитание, 2) использование эмпирических образов и диалога, 3) реорганизация познания и обучения и 4) разрушение старых поведенческих паттернов. Три стадии схематерапия ПРЛ включают в себя эти различные механизмы в различных комбинациях [125]. Согласно Kellog S. H. et al. (2006), процесс лечения делится на три этапа: привязанность и эмоциональная регуляция, модификация схемы и обретение автономии. Согласно исследованию, проведенному Kellog S. H. et al. (2006), схематерапия помогает улучшить общее состояние пациента с ПРЛ, поощряя эмоциональную стабильность, адаптированное и целеустремленное поведение, а также стабильные и гармоничные межличностные отношения. Лечение эмоциональной нестабильности и импульсивного поведения может уменьшить самоповреждения и риск суицида у пациентов с ПРЛ [80].

#### 1.6.4. Медикаментозное лечение

Применение лекарственных препаратов не является предпочтительной стратегией первой линии лечения ПРЛ. Однако назначение пациентам с ПРЛ таких препаратов, как антидепрессанты, бензодиазепины и антипсихотики, является обычной практикой. Согласно исследованию Pascual J. C. et al. (2021), проведенному в Испании, применение лекарственных средств для лечения ПРЛ претерпело изменения за последние два десятилетия. Эти изменения характеризуются снижением использования бензодиазепинов (с 77 % до 36 % пациентов) и увеличением использования антипсихотиков второго поколения (с 15 % до 32 % пациентов) [87]. Использование антидепрессантов остается высоким и неизменным на протяжении многих лет и охватывает 74 % пациентов. Кроме того, различные исследования и мета-анализы показали, что длительное применение антипсихотиков, антидепрессантов и анксиолитиков неэффективно для снижения риска самоповреждающего поведения и улучшения симптомов ПРЛ [58, 90]. Однако можно назначить определенные препараты для лечения специфических симптомов, которые могут быть связаны с ПРЛ, например депрессии или тревоги. По данным Lieslehto J. et al. (2023), прием антидепрессантов, антипсихотиков и бензодиазепинов связан с повышенным риском суицидального поведения, что подчеркивает необходимость назначать их с осторожностью [58].

Таким образом, согласно различным исследованиям и метаанализам, проведенным для оценки эффективности различных психотерапевтических подходов и медикаментозного лечения в снижении риска суицида и аутоагрессивного поведения, ДПТ была признана наиболее эффективной и получила наилучшую оценку. Было доказано, что она эффективно снижает риск суицида, а также уменьшает тяжесть и частоту суицидальных мыслей и самоубийств. Она также помогает снизить количество госпитализаций в связи с самоповреждающим поведением. ДПТ применяется не только при лечении взрослых пациентов, но и подростков, страдающих ПРЛ и проявляющих самоповреждающее поведение.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Дизайн исследования

Дизайн исследования представлен на Рисунке 2.1.

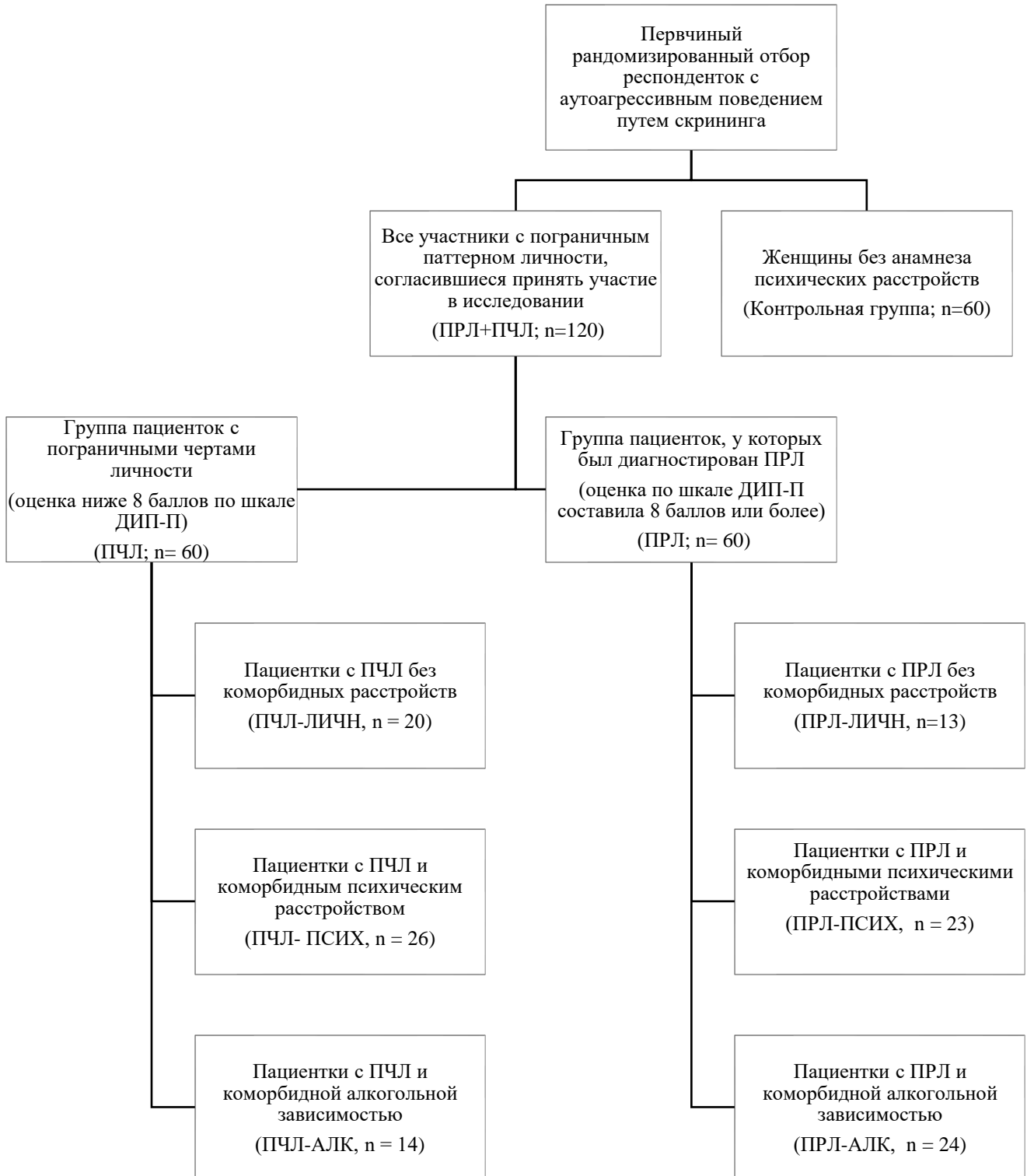


Рисунок 2.1 – Дизайн исследования

Исследование было построено по наблюдательному кросс-секционному рандомизированному дизайну.

После получения добровольного информированного согласия на участие в исследовании использовался тест ДИП-П в качестве исходного инструмента, позволяющего разделить пациенток на группу с ПРЛ и группу с ПЧЛ. После этого участники под наблюдением врача-исследователя ответили на вопросы анкеты, направленные на выявление клинических и психологических характеристик, описанных подробнее далее.

На основе полученных данных были установлены различные клинико-психиатрические и суицидологические характеристики аутоагрессивного поведения в рамках пограничного расстройства личности в различных измерениях.

## **2.2. Методология и методы исследования**

В исследовании использовались клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психометрический и математико-статистический методы.

Все участники, согласившиеся принять участие в исследовании, прошли личное клиническое интервью. Участники заполнили опросник по данным анамнеза, а также прошли психометрическое обследование. Опросник анамнеза собирал информацию об анамнезе жизни и болезни, такую как возраст, семейное положение, наследственность, первое посещение психиатра и психолога, а также наличие и виды попыток самоубийства.

Основным опросником, используемым для скрининга ПРЛ среди участниц, было «Пересмотренное диагностическое интервью для лиц с ПРЛ (ДИП-П)», переведенное и адаптированное на русский язык [8, 114]. Это полуструктурированное интервью направлено на диагностику пограничного расстройства личности с акцентом на четыре ключевые области: аффект, когнитивные функции, импульсивные модели поведения и межличностные отношения. ДИП-П - это инструмент, позволяющий отличить ПРЛ от других

психиатрических расстройств, а также выявить наиболее затронутые области. Интервью касалось двух лет, предшествовавших моменту проведения интервью. Всего оно содержит 127 вопросов, включая суммарные утверждения и баллы по разделам. Оценка для пунктов и суммарных утверждений составляла три варианта ответа: 2 (да), 1 (вероятно) или 0 (нет). Оценка обобщенных утверждений определялась оценками отдельных вопросов в каждой области. Общая оценка области получается путем объединения оценок обобщенных утверждений, оценивающих одну и ту же область, которая затем преобразуется в постепенную оценку раздела в соответствии с инструкциями, приведенными в интервью. Общая оценка получается путем объединения четырех последовательных оценок описанных выше разделов. Общий балл варьируется от 0 до 10. Диагноз ПРЛ ставится, когда общий балл достигает или превышает 8 [8, 114]. При общем балле менее 8 мы диагностировали Пограничные черты личности(ПЧЛ).

Для оценки личностных черт и психологических характеристик были использованы следующие методы:

1. Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) - это инструмент оценки, разработанный Krueger R. F et al. в 2013 году. Он состоит из 25 пунктов и предназначен для взрослых в возрасте 18 лет и старше с целью оценки патологических черт личности. Он анализирует пять измерений личностных черт, а именно: негативную эмоциональность, отстраненность, антагонизм, раскованность и психотизм, каждое из которых состоит из пяти элементов. Цель этого опросника - определить данные о степени дисфункции личностных черт у пациента, которые имеют важное значение для диагностики личностных расстройств. В 2022 году адаптация на русский язык была выполнена Кустов Г. В. с соавт. Он продемонстрировал удовлетворительную внутреннюю согласованность и сохранил пятифакторную структуру патологических областей личности, как описано в DSM-5 и МКБ-11 [4, 112].

2. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) является подшкалой Анкеты личностных убеждений Аарона Бека, которая представляет собой инструмент самооценки, разработанный для

оценки дисфункциональных убеждений, связанных с различными расстройствами личности [37]. Подшкалы PBQ-BPD специально нацелены на убеждения, эмпирически связанные с ПРЛ, и состоят из 14 элементов, отобранных для отличия ПРЛ от других расстройств личности. Более высокие баллы указывают на более сильную приверженность дисфункциональным убеждениям, связанным с ПРЛ [29]. В данном исследовании использовалась русская версия PBQ-BPD, адаптированная Кониной М. А. и Холмогоровой А. Б. [11].

3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R) в адаптации Тарабариной Н. В. представляет собой метод скрининга для оценки различных психопатологических симптомов [25, 60]. SCL-90-R содержит 90 пунктов в форме теста, которые позволяют определить, как общие психопатологические показатели, так и специфические симптомы различных психопатологий. Этот опросник включает в себя несколько шкал: соматизация (различные соматические (физические) дисфункции); обсессивно-компульсивное расстройство (навязчивые мысли и действия); межличностная чувствительность (чувство дискомфорта, чувство неполноценности); депрессия (суицидальные мысли и намерения); тревожность (от напряжения и беспокойства до приступов паники); враждебность (агрессивность, раздражительность); фобическая тревожность (страх перед чем-то или кем-то конкретным); паранойя (патология мышления в форме подозрительности, бредовых идей); психоз (симптомы от личностной шизоидности до клинических признаков психоза).

4. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (Мини-СМИЛ) является российской адаптацией Миннесотского многофазного личностного опросника (MMPI). Он был разработан с учетом особенностей российской культуры, а также клинических контекстов в психологии и психиатрии. МИНИ-СМИЛ в основном используется для выявления субъективной самооценки пациента относительно своего состояния, с акцентом на психопатологические симптомы и черты личности. Это приводит к распознаванию неадекватных черт личности или эмоционального дистресса [23].

5. Шкала импульсивности Баррата (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) в адаптации С.Н. Ениколопова (2015). Этот опросник состоит из 30 пунктов и считается наиболее часто используемым опросником для оценки импульсивности и ее составляющих факторов. Шкала состоит из трех субшкал: нарушение самоконтроля, нарушение внимания и нарушение планирования [3, 88].

Для изучения аффективного состояния были использованы следующие методы:

1. Шкала самооценки депрессии Цунга - это анкета самооценки, предназначенная для оценки наличия и тяжести депрессивных симптомов у лиц в возрасте 16 лет и старше. Созданный в 1965 году психиатром Уильямом В. К. Цунгом, этот инструмент включает 20 пунктов, охватывающих аффективные, когнитивные, соматические и психомоторные симптомы депрессии [127].

2. Шкала самооценки тревоги Цунга - это инструмент психологической оценки, созданный психиатром Уильямом В. К. Цунгом в 1971 году с целью измерения степени тревожности у человека. Этот самооценочный опросник состоит из 20 пунктов, направленных на оценку симптомов тревожности по когнитивным, аффективным, соматическим и вегетативным параметрам [126].

3. Для оценки уровня положительных и отрицательных эмоций была использована адаптированная для русского языка версия «Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (PANAS)». Она состоит из двух подшкал: одна - для позитивных эмоций, другая - для негативных; каждая из которых включает 10 пунктов [14, 121].

Для изучения суицидального риска и отношения участников к смерти были использованы следующие методы:

1. Опросник суицидального риска – разработанный Т. Н. Разуваевой опросник. Он часто используется в клинической психиатрии, состоит из ряда вопросов, предназначенных для определения уровня суицидального риска и формирования суицидальных намерений. Опросник дает детальную картину риска, позволяя одновременно выявить внешние (средовые, ситуативные) и внутренние (психологические, эмоциональные) факторы суицидального поведения [21].

2. Коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) – метод оценки риска суицида, разработанный проф. Мериновым А.В. в 2017 году, представляет собой интегральный показатель антивитальной характеристики группы. Он представляет собой опросник, позволяющий выявить аутоагрессивные модели поведения в прошлом и настоящем, а также их предикторы для измерения риска суицида. В результате получается стандартизированное параметрическое значение в интервале от 0 до 10 [13].

3. Опросник «Отношение к смерти» оценивает убеждения людей в отношении смерти, в частности их веру в существование рая и соединение с Богом после смерти, их страх смерти, их принятие смерти как убежища от трудностей повседневной жизни или как естественной неизбежности [24, 122].

4. Опросник «Страх личной смерти» - это многомерный инструмент, используемый для анализа различных страхов, связанных со смертью: на личном уровне (личность и тело), межличностном (страх быть забытым и страх за близких) и трансперсональном (трансцендентность и наказание после смерти). Шкала включает аспекты жизни, которые особенно ценны для человека, и его страхи их потерять [24, 73].

Для изучения дополнительных личностно-психологических характеристик использовались следующие методики:

1. Основываясь на том, что самоповреждение кожи является наиболее распространенной формой аутоагрессивного поведения у пациентов с ПРЛ [96], а остаточные шрамы после самоповреждения, в свою очередь, увеличивают риск суицида [49], отдельное внимание в работе получила оценка отношения к своим шрамам у исследуемых нами пациенток. Для этого была использована «Шкала отношения к шрамам после самоповреждений», которая была адаптирована в России с участием автора [120]. За основу была принята «Шкала когнитивного восприятия шрамов от несуйцидального самоповреждения» (NSSI-SCS), разработанная для оценки психологических последствий шрамов, возникших в результате несуйцидального самоповреждения [49]. Она состоит из 26 элементов и всесторонне оценивает когнитивные и эмоциональные последствия шрамов на

основе пяти областей познания, а именно: 1-запоминающее познание: оно объясняется тем фактом, что шрамы служат напоминаниями о прошлых страданиях или событиях, связанных с НССП; 2-социальное познание: оно представляет собой негативные убеждения относительно социальных последствий шрамов, связанных с НССП, например, стыд или убежденность в том, что другие осудят/смотрят на них проверка; 3-познание слабости: это восприятие шрамов как символов слабости или неудачи; 4-суицидальное познание: это тот факт, что шрамы вызывают мысли, связанные с самоубийством или отчаянием; 5-позитивное познание: это восприятие шрамов как проявления роста, идентичности или позитивных изменений. Адаптированная на русский язык версия NSSI-SCS [120] была сокращена до 21 утверждения и трех факторов для интерпретации последствий шрамов после самоповреждения. Негативные последствия были объединены в два фактора: 1) «безнадежность», представляющее чувство безнадежности, слабости и суицидальные мысли; 2) «стыд» отражает чувство стыда, смущения и социальной стигматизации, вызванные негативным отношением окружающих к шрамам. Положительные последствия представлены единственным фактором, а именно 3) «внутренней силой», интерпретирующей убеждения о том, что шрамы после НССП демонстрируют эмоциональную и физическую силу и являются источником надежды и гордости.

2. Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков (DUDIT), представляет собой краткий скрининг-инструмент, состоящий из 11 пунктов, разработанный с целью выявления расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и возможной зависимости у отдельных лиц. DUDIT позволяет оценить, как частоту употребления наркотиков (за исключением табака и алкоголя), так и серьезность проблем, связанных с этим употреблением. Важно отметить, что DUDIT часто используется как в клинической практике, так и в научных исследованиях [66].

3. Для изучения роли различных травматических переживаний в детстве в развитии аутоагрессивного поведения у пациентов с ПРЛ был использован Сокращенный опросник о травмах в детстве (CTQ-SF), адаптированный на русский

язык. Это широко используемый инструмент самооценки для подростков и взрослых, состоящий из 28 пунктов, который предназначен для ретроспективной оценки случаев жестокого обращения в детстве. Разработанный Бернштейном и его коллегами в 2003 году, опросник состоит из пяти подшкал, оценивающих пять аспектов жестокого обращения в детстве, а именно: эмоциональное насилие, эмоциональная небрежность, физическое насилие, физическая небрежность и сексуальное насилие [20, 62].

### **Статистическая обработка**

Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения MedCalc (MedCalc Inc., США) и свободного статистического пакета R (R Foundation for Statistical Computing, Австрия). Для оценки нормальности распределений использовался тест Шапиро-Уилка. Нормальные распределения описывались как «среднее значение (стандартное отклонение)», а отличные от нормального распределения - как «Среднее значение [95 % доверительный интервал для среднего значения]». Нормальные распределения сравнивались между собой с помощью t-критерия Стьюдента, ненормальные распределения - с помощью метода Хи-квадрат. При множественных сравнениях использовался метод ANOVA с post-hoc сравнением между группами по методу Тьюки-Крамера, если хотя бы одно распределение отличалось от нормального – то выполнялось сравнение по методике Краскела-Уоллиса с post-hoc сравнением межгрупповых различий по методу Данна. Поскольку большинство переменных были категориальными и распределения непрерывных переменных были отличны от нормальных, то для корреляционного анализа использовался метод ранговых корреляций Спирмена. Расчет необходимого размера выборки проводился с помощью программы GPower (Universitat Kiel, Germany) на основании показателей предыдущих исследований при уровне альфа равном 0,05 и мощности 0,95. Статистическая значимость различий считалась при  $p < 0,05$ .

С помощью функции «lm» программы R была построена линейная

множественная регрессионная модель, которая изначально включала все независимые переменные, имеющие статистически значимые корреляции с зависимой переменной КПСН. Затем осуществлялась подгонка модели с сохранением только тех независимых переменных, которые имеют значимое влияние. Проверка мультиколлинеарности для независимых переменных проводилась с помощью функции «vif» из пакета «car». Визуализация результатов производилась с помощью пакета «ggstatplot» и программой MedCalc.

## **2.3. Материалы исследования**

### **2.3.1. Характеристика участников исследования**

Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» и кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (протокол №1 от 13.09.2023).

Все участники исследования дали добровольное информированное согласие на участие в данном исследовании после подробного ознакомления с его целью и основными задачами. С помощью анкетного метода было опрошено 185 женщин. В исследовательскую группу вошли 124 женщины, в контрольную группу - 61 женщина.

Критерии включения в исследовательскую группу:

- 1) Пациентки женского пола с различными формами аутоагрессивного поведения, включая попытки самоубийства, НССП и импульсивное аутоагрессивное поведение, опасное для жизни;
- 2) Возраст от 18 до 60 лет;
- 3) Согласие на участие в исследовании;
- 4) Наличие психиатрического или наркологического диагноза и прохождение

стационарного лечения. Наличие коморбидных состояний было основанием для разделения исследовательской группы на подгруппы.

Критерии включения в контрольную группу:

- 1) Респондентки женского пола с различными формами аутоагрессивного поведения, включая попытки самоубийства, НССП и импульсивное аутоагрессивное поведение, опасное для жизни;
- 2) Без анамнеза психических расстройств;
- 3) Возраст от 18 до 60 лет;
- 4) Согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- 1) Наличие острого психотического эпизода или серьезных органических заболеваний головного мозга, препятствующих выполнению задания;
- 2) Возраст менее 18 лет и старше 60 лет;
- 3) Отказ от участия на любом этапе исследования;
- 4) Высокие баллы по шкале лжи в методике Мини-СМИЛ.

Таким образом, для более углубленного исследования были сформированы следующие группы:

1. Общая группа ПРЛ+ПЧЛ - Группа пациенток с пограничным расстройством личности и пограничными чертами личности, имеющих психиатрический и/или наркологический диагноз и проходящих стационарное лечение (n=120; средний возраст= 26,8 [25,2 ÷ 28,5] лет);

2. Контрольная группа – Женщины без анамнеза психических расстройств, но с самоповреждениями (n=60; средний возраст= 22,0 [21,7 ÷ 22,4] лет);

Для целей дальнейшего сравнения на основании методики ДИП-П первая группа была поделена на 2 подгруппы, в каждой из которых также выделялось 3 подгруппы на основании наличия или отсутствия коморбидных расстройств:

1.1. Группа ПРЛ – Группа пациенток, у которых был диагностирован ПРЛ на основании оценки по шкале ДИП-П, составляющей 8 баллов или более, а также по критериям МКБ-10 (n=60; средний возраст= 25,3 [23,4 ÷ 27,2] лет);

1.1.1. Группа ПРЛ-ЛИЧН – Группа пациенток с пограничным расстройством

личности без коморбидных расстройств ( $n = 13$ ; средний возраст= 21,0 [18,7 ÷ 23,7]);

1.1.2. Группа ПРЛ-ПСИХ – Группа пациенток с пограничным расстройством личности с психическими коморбидными расстройствами ( $n = 23$ ; средний возраст= 24,4 [21,1 ÷ 27,7] лет);

1.1.3. Группа ПРЛ-АЛК – Группа пациенток с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью ( $n = 24$ ; средний возраст= 28,6 [SD = 6,9] лет);

1.1.4. Группа ПРЛ-ШРАМЫ– Группа пациенток с пограничным расстройством личности, имеющих шрамы после несуицидального самоповреждения (ПРЛ-ШРАМЫ;  $n = 31$ ; средний возраст: 22,48 [21,83÷23,12] лет);

1.2. Группа ПЧЛ – Группа пациенток с пограничными чертами личности, т.е. с оценкой ниже 8 баллов по шкале ДИП-П ( $n= 60$ ; средний возраст= 28,4 [25,7 ÷ 31,1] лет);

1.2.1. Группа ПЧЛ-ЛИЧН – Группа пациенток с пограничными чертами личности без коморбидных расстройств ( $n = 20$ ; средний возраст= 35,2 [SD = 12,0] лет);

1.2.2. Группа ПЧЛ- ПСИХ – Группа пациенток с пограничными чертами личности с сопутствующими психическими расстройствами ( $n = 26$ ; средний возраст= 26,4 [22,6 ÷ 30,1] лет);

1.2.3. Группа ПЧЛ-АЛК – Группа пациенток с пограничными чертами личности с алкогольной зависимостью ( $n = 14$ ; средний возраст= 22,5 [SD = 2,9] лет).

### **ГЛАВА 3. АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, ФОРМ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ ПАТТЕРНОВ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ**

#### **3.1. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик всех пациенток с пограничным личностным паттерном и респондентов контрольной группы**

Эта часть исследования направлена на сравнение клинических, психологических и социальных характеристик пациенток с пограничным паттерном личностного функционирования (Группа ПРЛ+ПЧЛ) и участниц контрольной группы, у которых также отмечались редкие эпизоды аутоагрессии (иногда они били себя, царапали кожу, избыточно пили алкоголь и т.д.), но это не имело значимых последствий и у данных участниц не было психиатрического диагноза. Данное сравнение имеет целью подтвердить правильность проведенной классификации на основании валидации большей представленности личностных и психопатологических проявлений у группы ПРЛ+ПЧЛ по сравнению со здоровыми респондентами, а также для изучения общих суицидологических особенностей в общей исследуемой группе.

##### **3.1.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам**

По всем субшкалам ДИП-П группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие показатели: по суммарным баллам 6,55 [6,011 ÷ 7,089] против 1,867 [1,330 ÷ 2,404] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Аффективные нарушения» 1,517 [1,412 ÷ 1,621] баллов против 0,9 [0,712 ÷ 1,088] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Когнитивные нарушения» 1,275 [1,133 ÷ 1,417] против 0,233 [0,0958 ÷ 0,371] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Импульсивные действия» 1,633 [1,399 ÷ 1,868] против 0,167 [0,0227 ÷ 0,311] ( $p < 0,0001$ ), по шкале

«Нарушения межличностных отношений» 2,15 [1,945 ÷ 2,355] против 0,567 [0,292 ÷ 0,841] ( $p < 0,0001$ ).

Также общая исследуемая группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие показатели по всем параметрам «Большой пятерки» в тесте PID-5-BF: по шкале «Суммарный балл» 30,5 (SD=13,5795) против 15,55 [12,711 ÷ 18,389] ( $p < 0,0001$ ) по шкале «Негативный аффект» 8,2 [7,467 ÷ 8,933] против 5,3 [4,278 ÷ 6,322] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Отрешенность» 5,408 [4,846 ÷ 5,970] против 2,767 [2,034 ÷ 3,499] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Антагонизм» 5,142 [4,464 ÷ 5,819] против 3,55 [2,754 ÷ 4,346] ( $p = 0,0024$ ), по шкале «Расторможенность» 6,542 [5,893 ÷ 7,190] против 2,55 [1,841 ÷ 3,259] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Психотизм» 5,308 [4,597 ÷ 6,020] против 1,383 [0,896 ÷ 1,871] ( $p < 0,0001$ ).

Результаты сравнения данных по опроснику дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) также показывают, что группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие результаты по всем критериям: по шкале «Суммарный балл» 24,342 (SD=11,5769) против 14,717 (SD=10,4979) ( $p = 0,0001$ ), по шкале «Недоверия» 10,317 [9,449 ÷ 11,184] против 6,783 [5,560 ÷ 8,006] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Зависимости» 7,1 [6,269 ÷ 7,931] против 3,767 [2,758 ÷ 4,775] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Защиты» 7,042 [6,281 ÷ 7,802] против 4,167 [3,293 ÷ 5,040] ( $p < 0,0001$ ).

Все эти данные доказывают правильность проведенного деления респондентов на группы и достаточно выраженный дисфункциональный профиль личности пациентов с ПРЛ и ПЧЛ. Дальнейшее исследование в подгруппах позволит более детально понять структуру и внутреннюю неоднородность данных респондентов.

### **3.1.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам**

Оценка общих психопатологических симптомов проводилась с помощью МИНИ-СМИЛ и SCL-90-R. Группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие результаты по

большинству подшкал МИНИ-СМИЛ, в том числе: шкала «Соматической тревоги» 2,283 [2,131÷2,436] против 1,617 [1,414÷1,819] ( $p<0,0001$ ), шкала «Тревога и депрессивные тенденции» 2,625 [2,384÷2,866] против 1,783 [1,471÷2,096] ( $p=0,0001$ ), шкала «Вытеснения факторов, вызывающих тревогу» 2,283 [2,097÷2,470] против 1,8 [1,563÷2,037] ( $p=0,0026$ ), шкала «Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности» 3,033 [2,853÷3,213] против 2,283 [2,099÷2,468] ( $p<0,0001$ ), шкала «Выраженность мужских и женских черт характера» 2,408 [2,225÷2,592] против 1,9 [1,678÷2,122] ( $p=0,0011$ ), шкала «Фиксации тревоги и ограничительного поведения» 3,608 [3,364÷3,852] против 2,667 [2,278÷3,055] ( $p=0,0001$ ), шкала «Аутизация» 2,325 [2,057 ÷ 2,593] против 1,05 [0,759÷1,341] ( $p<0,0001$ ).

Группа со здоровыми респондентами имеет более высокий балл по шкале «Отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций» 3,267 [2,945 ÷ 3,589] против 2,508 [2,252 ÷ 2,765] ( $p=0,0003$ ). Это может свидетельствовать о большей представленности негативного аффекта в группе ПЧЛ+ПРЛ. Не было обнаружено статистически значимых различий по шкале «Ригидность аффекта» (ПЧЛ+ПРЛ: 2,433 [2,159 ÷ 2,707]; Контрольная группа: 2,483 [2,101 ÷ 2,865];  $p=0,8883$ ) и по шкале «Социальные контакты» (ПЧЛ+ПРЛ: 2,142 [1,879 ÷ 2,404]; Контрольная группа: 1,767 [1,406 ÷ 2,127];  $p=0,1033$ ). Отсутствие различий по шкале Ригидной аффекта подчеркивает, что для группы ПРЛ+ПЧЛ более характерны черты лабильного аффекта, эмоциональные колебания. По уровню социальных контактов группы также не различались, что демонстрирует достаточно высокий уровень социального функционирования пациенток из группы ПРЛ+ПЧЛ.

По всем субшкалам SCL-90-R группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокие показатели: по шкале «Соматизация» 1,419 [1,248 ÷ 1,591] против 0,787 [0,619 ÷ 0,956] ( $p<0,0001$ ), по шкале «Навязчивости» 1,743 ( $SD=0,9972$ ) против 0,903 [0,718 ÷ 1,089] ( $p<0,0001$ ), по шкале «Сенситивность» 1,631 [1,453 ÷ 1,810] против 0,841 [0,659 ÷ 1,023] ( $p<0,0001$ ), по шкале «Депрессия» 1,571 ( $SD=0,8707$ ) против 0,779 [0,595 ÷ 0,964] ( $p<0,0001$ ), по шкале «Тревожность» 1,609 [1,400 ÷ 1,818] против 0,732 [0,544 ÷ 0,919] ( $p<0,0001$ ), по шкале «Враждебность» 1,114 [0,965 ÷ 1,263]

против 0,5 [0,354 ÷ 0,646] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Фобия» 1,072 [0,889 ÷ 1,255] против 0,333 [0,208 ÷ 0,458] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Паранойяльность» 1,236 [1,065 ÷ 1,407] против 0,394 [0,239 ÷ 0,550] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Психотизм» 1,033 [0,869 ÷ 1,196] против 0,243 [0,140 ÷ 0,346] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Аддиктивность» 1,515 [1,335 ÷ 1,696] против 0,774 [0,591 ÷ 0,956] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «GSI» 1,474 [1,315 ÷ 1,634] против 0,685 [0,536 ÷ 0,833] ( $p < 0,0001$ ). Следовательно, группа пациентов с признаками пограничного личностного паттерна более выражено склонна к формированию различного вида коморбидных состояний, что полностью соотносится с клиническим опытом.

Для оценки импульсивности использовался опросник Баррата (BIS-11). Группа ПРЛ+ПЧЛ имеет более высокий балл по подшкале «Нарушения самоконтроля»: 29,775 (SD=4,3934) против 27,233 [26,311 ÷ 28,156], ( $p = 0,0002$ ). Неожиданно, группа со здоровыми респондентами имеет более высокий балл по подшкале «Нарушения планирования»: 22,717 [22,056 ÷ 23,378] против 21,667 [21,121 ÷ 22,212] ( $p = 0,0307$ ), что можно объяснить тем, что группа здоровых респондентов несколько моложе исследуемой группы и, следовательно, может испытывать недостаток мотивации и вовлеченности. Кроме того, нет значительной разницы по шкале «Нарушения внимания» (ПРЛ+ПЧЛ: 18,775 [18,143 ÷ 19,407]; контрольная группа: 18,5 (SD=3,0393);  $p = 0,6952$ ) и по шкале «Суммарный балл» (ПРЛ+ПЧЛ: 70,183 [68,747 ÷ 71,620]; Контрольная группа: 68,45 (SD=6,4845);  $p = 0,1687$ ). Отсутствие различий по вниманию также можно объяснить возрастным фактором.

С помощью шкалы самооценки депрессии Цунга, шкалы самооценки тревоги Цунга и шкалы позитивного и негативного аффекта PANAS была проведена сравнительная оценка эмоциональных расстройств и актуального эмоционального состояния набранных респондентов. Группа ПРЛ+ПЧЛ имеет значительно более высокие результаты по шкалам Цунга и по шкале негативного аффекта (PANAS): по «Шкале депрессии» 46,433 (SD=11,6321) против 38,567 (SD=9,4839), ( $p = 0,0001$ ), по «Шкале тревоги» 46,008 [43,728 ÷ 48,289] против 38,833 (SD=11,1829) ( $p = 0,0004$ ), по шкале «Негативный аффект» 29,05 (SD=10,0936) против

23,2(SD=8,0186) ( $p=0,0001$ ). Однако, как и ожидалось, группа со здоровыми респондентами имеет более высокий балл по шкале позитивного аффекта (ПРЛ+ПЧЛ: 26,375 (SD= 8,7812); Контрольная группа: 30,95 (SD=8,434) ( $p=0,0001$ )).

По сравнительным результатам, полученным с помощью теста DUDIT для выявления расстройств, связанных с употреблением наркотиков, группа ПЧЛ+ПРЛ имела значительно более высокие показатели, чем контрольная группа (ПЧЛ+ПРЛ: 6,267 [3,749 ÷ 8,784]; контрольная группа: 0,0167 [-0,0167 ÷ 0,0500];  $p<0,0001$ ). Полученные результаты показывают, что черты пограничного расстройства личности связаны с различными психопатологическими симптомами, с аффективными расстройствами, в том числе с тревожностью и депрессией, а также с расстройствами, связанными со злоупотреблением наркотиками.

### **3.1.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти**

Группа ПЧЛ+ПРЛ демонстрирует значительно большее количество попыток суицида (ПЧЛ+ПРЛ: 1,183 [0,763 ÷ 1,603]; Контрольная группа: 0,117 [0,0330 ÷ 0,200];  $p<0,0001$ ), чем контрольная группа, и, следовательно, значительно более высокий коэффициент просуицидальной напряженности (КПСН) (ПЧЛ+ПРЛ: 0,969 [0,887 ÷ 1,050]; Контрольная группа: 0,48 [0,351 ÷ 0,609];  $p=0,0001$ ). Эти результаты были предсказуемы, учитывая высокий риск суицида у пациенток с диагнозом пограничного расстройства личности. По данным Reichl C. et al. (2021), 75% пациентов с ПРЛ пытаются покончить жизнь самоубийством [96].

Следующие результаты показывают более характерные признаки суицидального риска у пациенток в исследуемой группе. Согласно результатам Опросника суицидального риска Разуваевой (ОСН), группа ПЧЛ+ПРЛ имела более высокие баллы по нескольким показателям суицидального риска (Таблица 3.1.1), в том числе «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Временная перспектива» и «Слом культурных барьеров». При сравнении шкал «Страх личной смерти» и

«Отношение к смерти» пациентки с ПЧЛ+ПРЛ имели более высокие показатели только по фактору страха быть забытой и отношения к смерти как бегству соответственно. Различия в других элементах не были значимыми. Эти показатели суицидального риска и отношения к смерти должны рассматриваться как объекты психотерапии для снижения риска суицидальных попыток у пациенток с пограничным расстройством личности и с пограничными чертами личности.

Таблица 3.1.1 – Оценка суицидального риска и отношения к смерти у пациенток с ПРЛ+ПЧЛ и респондентов из контрольной группы

Критерий	Группа ПЧЛ+ПРЛ (n=120)	Контрольная группа (n= 60)	P
1- ОСН (в модификации Т.Н. Разуваевой)			
Демонстративность	2,671 [2,367 ÷ 2,974]	1,42 [1,048 ÷ 1,792]	<0,0001*
Аффективность	4,162 [3,844 ÷ 4,480]	2,163 [1,693 ÷ 2,634]	<0,0001*
Уникальность	2,68 [2,363 ÷ 2,997]	1,14 [0,786 ÷ 1,494]	<0,0001*
Несостоятельность	4,262 [3,800 ÷ 4,725]	2,325 [1,710 ÷ 2,940]	<0,0001*
Социальный пессимизм	3,517 [3,250 ÷ 3,784]	2,367 [1,969 ÷ 2,765]	<0,0001*
Слом культурных барьеров	2,281 [1,988 ÷ 2,574]	1,725 [1,368 ÷ 2,082]	0,0319*
Максимализм	2,987 [2,621 ÷ 3,352]	2,56 [1,974 ÷ 3,146]	0,1754
Временная перспектива	2,842 [2,476 ÷ 3,208]	1,32 [0,909 ÷ 1,731]	<0,0001*
Антисуицидальный фактор	4,48 [4,150 ÷ 4,810]	4,907 [4,348 ÷ 5,465]	0,0631
2- Страх личной смерти			
Последствия для личности	31,55 [29,469 ÷ 33,631]	30,233 [26,807 ÷ 33,660]	0,6334
Последствия для тела	9,633 [8,401 ÷ 10,866]	7,5 [6,019 ÷ 8,981]	0,1017
Трансцендентные последствия	17,458 [15,870 ÷ 19,047]	15,183 (SD= 8,2718)	0,1019
Последствия для близких	18,3 [17,020 ÷ 19,580]	19,083 [17,425 ÷ 20,741]	0,5081
Страх забвения	8,792 [7,851 ÷ 9,732]	6,383 [5,283 ÷ 7,484]	0,0021*

3- Отношение к смерти					
Принятие смерти	11,317 12,484]	[10,149	÷	9,65 [8,142 ÷ 11,158]	0,0907
Избегание смерти	15,75 16,963]	[14,537	÷	16,8 (SD= 7,8391)	0,398
Страх смерти	16,75 18,103]	[15,397	÷	17,183 [15,192 ÷ 19,175]	0,7175
Бегство	10,15 (SD=5,0836)			7,95 [6,599 ÷ 9,301]	0,0029*
Нейтральное принятие	16,95 17,785]	[16,115	÷	17,633 [16,491 ÷ 18,776]	0,2153

### 3.1.4. Оценка травм, перенесенных в детстве

При сравнении результатов СТQ, который оценивает травмы, полученный в детстве, было отмечено, что женщины из группы ПЧЛ+ПРЛ демонстрируют более высокие показатели по всем формам жестокого обращения, особенно по эмоциональному насилию и физическому пренебрежению. Далее следуют показатели эмоционального неглекта, сексуального насилия и физического насилия (Таблица 3.1.2). Наши результаты подтверждают неоднократно ранее выявляемые сведения, что различные травмы, пережитые в детстве, играют важную роль в появлении симптомов пограничного расстройства личности, а также чаще всего связаны с появлением аутоагрессивного поведения [26].

Таблица 3.1.2 – Оценка травм, полученных в детстве у пациенток с ПРЛ+ПЧЛ и респондентов из контрольной группы

Критерий	Группа ПЧЛ+ПРЛ (n=120)	Контрольная группа (n= 60)	P
Эмоциональное насилие	13,033 [11,972 ÷ 14,095]	8,933 [7,880 ÷ 9,987]	<0,0001*
Эмоциональное пренебрежение	8,45 [7,449 ÷ 9,451]	5,033 [3,761 ÷ 6,306]	0,0001*
Физическое насилие	8,225 [7,376 ÷ 9,074]	6,1 [5,522 ÷ 6,678]	0,0006*

Физическое пренебрежение	7,083 [6,408 ÷ 7,758]	4,633 [4,028 ÷ 5,239]	<0,0001*
Сексуальное насилие	7,433 [6,603 ÷ 8,264]	5,7 [5,079 ÷ 6,321]	0,0005*

Результаты сравнения группы ПРЛ+ПЧЛ с контрольной группой показывают более выраженные клинические и психопатологические особенности. Это позволяет предположить, что ПРЛ и ПЧЛ имеют одинаковую психопатологическую структуру. Далее в исследовании проводится анализ различий в психопатологических характеристиках между ПРЛ и ПЧЛ. Это позволит рассмотреть суицидальные характеристики для каждого из расстройств.

### 3.1.5. Заключение

Проведённое сравнение убедительно подтверждает качественное своеобразие и значительно большую выраженность психопатологических проявлений у пациенток группы ПРЛ+ПЧЛ по сравнению с контрольной группой. У пациенток общей экспериментальной выборки выявлен глобальный дисфункциональный профиль, охватывающий все ключевые домены личности - аффективную неустойчивость, импульсивность, нарушенные межличностные отношения и негативные когнитивные схемы. Данная группа проявляется большую выраженность психопатологических нарушений, что делает ее склонной к формированию коморбидной отягощённости, включая выраженные симптомы депрессии и тревоги, а также склонность к аддиктивному поведению. Центральное место в клинической картине пациенток группы ПРЛ+ПЧЛ занимает специфический профиль аутоагрессии, проявляющийся в достоверно более высокой суицидальной активности и преобладании отношения к смерти как к бегству и страха забвения после смерти. Важным предиктором описанных проявлений можно назвать значимо более высокий уровень травматизации в детстве, особенно эмоционального насилия и пренебрежения. При этом

обнаружены области относительной сохранности, такие как уровень социальных контактов и неравномерный характер импульсивных нарушений. Полученные результаты не только валидизируют правильность формирования исследовательской группы по итогам составленного дизайна, но и чётко демонстрируют, что эпизодическая аутоагрессия в контрольной группе принципиально отличается от структурированного, полисимптомного дисфункционального паттерна при пограничной патологии.

### **3.2. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с пограничным расстройством личности и пациенток с пограничными чертами личности**

Эта часть исследования уделяет внимание различиям в клинико-психопатологических и психологических характеристиках пациенток с пограничным расстройством личности (ПРЛ; n=60; средний возраст=25,267 [23,357 ÷ 27,177] лет) и пациенток с пограничными чертами личности (ПЧЛ; n=60; средний возраст=28,417 [25,699 ÷ 31,134] лет), демонстрирующих аутоагрессивное поведение. Понимание психологических факторов, влияющих на аутоагрессивное поведение в этих группах пациентов, будет способствовать разработке дифференцированных программ, направленных на коррекцию выявленных различий.

#### **3.2.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам**

По результатам ДИП-П, пациентки с ПРЛ показали значительно более высокие общие баллы: 9,033 [8,821 ÷ 9,246] против 4,067 [3,504 ÷ 4,629] ( $p < 0,0001$ ), а также более высокие баллы во всех четырех основных разделах: по шкале «Аффективные нарушения» 1,85 [1,746 ÷ 1,954] против 1,183 [1,045 ÷ 1,322] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Когнитивные нарушения» 1,75 [1,619 ÷ 1,881] против 0,8 [0,611 ÷ 0,989] ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Импульсивные действия» 2,633 [2,499 ÷

2,768] против 0,633 [0,364 ÷ 0,902] ( $p < 0,0001$ ) по шкале «Нарушения межличностных отношений» 2,85 [2,757 ÷ 2,943] против 1,45 [1,137 ÷ 1,763] ( $p < 0,0001$ ). Данные результаты ожидаемы, т.к. общая экспериментальная группа делилась на подгруппы ПРЛ и ПЧЛ по суммарному баллу ДИП-П.

При сравнении результатов анкеты PID-5-BF двух групп, группа с ПРЛ имеет более высокие суммарные баллы: 38,933 [36, 204 ÷ 41, 663] против 22,067 ( $SD=10, 7544$ ) ( $p < 0,0001$ ) и более высокие показатели по всем пяти доменам личности: по шкале «Негативный аффект» 10,033 [9,167 ÷ 10,900] против: 6,367 ( $SD=3,8881$ ) ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Отрешенность» 6,467 ( $SD=2,6774$ ) против 4,35 [3,531 ÷ 5,169] ( $p = 0,0001$ ), по шкале «Антагонизм» 6,333 [5,305 ÷ 7,362] против 3,95 [3,149 ÷ 4,751] ( $p = 0,0009$ ), по шкале «Расторможенность» 8,35 ( $SD=3,1827$ ) против 4,7333 ( $SD=3,0302$ ) ( $p < 0,0001$ ), по шкале «Психотизм» 7,533 [6,572 ÷ 8,495] против 3,083 [2,384 ÷ 3,783], ( $p < 0,0001$ ). Данные результаты по пятифакторной модели из DSM-5 подтверждают валидность деления на подгруппы ПРЛ и ПЧЛ по результатам ДИП-П. Также большая представленность черт всех пяти основных доменов расстройств личности в группе ПРЛ показывает степени патохарактерологической напряжённости данной группы респондентов.

Результаты сравнения опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) также показывает, что группа ПРЛ имеют значительно более высокие суммарные баллы: 29,6833 ( $SD=10,7711$ ) против 19 ( $SD=9,8118$ ) ( $p < 0,0001$ ), а также повышенные баллы по всем трем подшкалам: по шкале «Недоверия» 12 ( $SD=4,388$ ) против 8,6333 ( $SD=4,6285$ ); ( $p = 0,0001$ ), по шкале «Зависимости» 8,85 ( $SD=4,697$ ) против 5,35 [4,371 ÷ 6,329] ( $p = 0,0001$ ), по шкале «Защиты» 8,933 ( $SD=4,0833$ ) против 5,15 [4,266 ÷ 6,034];  $p < 0,0001$ ). Можно сделать заключение, что в группе ПРЛ более представлены и дисфункциональные когнитивные схемы, чем в группе ПЧЛ. Поведенческий паттерн проявления расстройств личности имеет также и свойственные ему когнитивные убеждения.

### 3.2.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам

Согласно результатам опросника МИНИ-СМИЛ (Рисунок 3.2.1), группа пациентов с ПЧЛ имела значительно более высокие показатели по шкале «Отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций» ( $p=0,0001$ ). Пациенты с ПРЛ показали значительно более высокие показатели по следующим шкалам: Шкала «Соматической тревоги» ( $p=0,0084$ ), «Тревога и депрессивные тенденции» ( $p=0,0009$ ), шкала «Вытеснения факторов, вызывающих тревогу» ( $p=0,0224$ ), шкала «Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности» ( $p=0,0002$ ), шкала «фиксации тревоги и ограничительного поведения» ( $p=0,0005$ ) и шкала «Аутизация» ( $p=0,0006$ ).

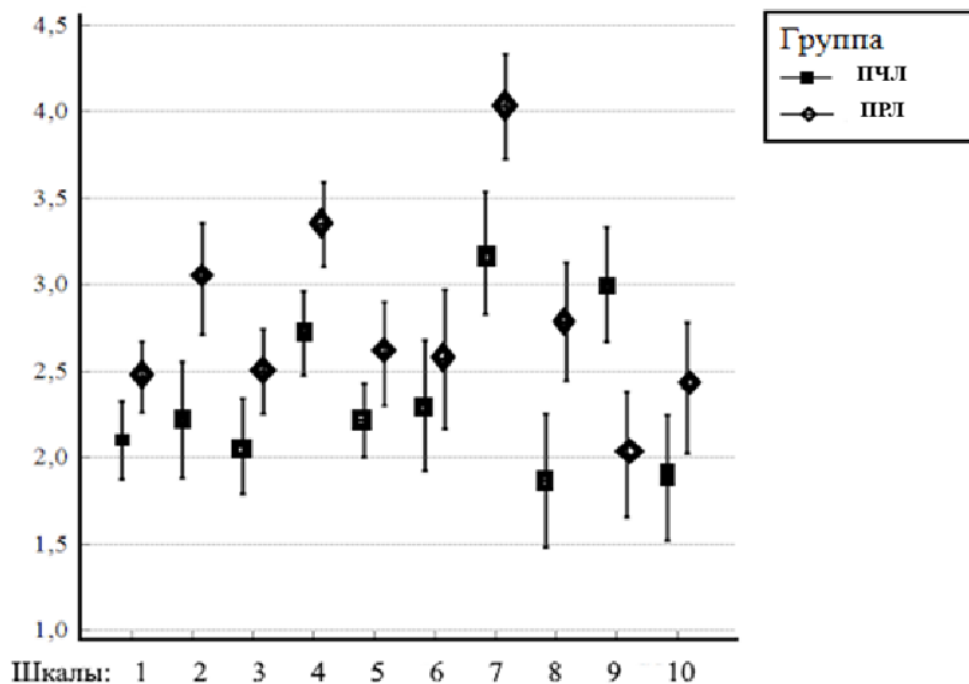


Рисунок 3.2.1– Сравнительные результаты МИНИ-СМИЛ у пациенток с ПРЛ и у пациенток с ПЧЛ

Примечание – Показатели по шкале X: 1 - Шкала «соматической тревоги», 2 - Тревога и депрессивные тенденции, 3- Шкала «вытеснения факторов, вызывающих тревогу», 4- Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности, 5- Выраженность мужских и женских черт характера, 6- Ригидность аффекта, 7- Шкала «фиксации тревоги и ограничительного поведения», 8- Аутизация (индивидуалистичность), 9 - Шкала «отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций», 10- Социальные контакты (интроверсия).

Не обнаружено значимых различий по шкале «Выраженность мужских и женских черт характера» ( $p=0,0625$ ), по шкале «Социальные контакты» ( $p=0,0595$ ) и по шкале «Ригидность аффекта» ( $p=0,313$ ).

Согласно данным SCL-90-R, пациенты с пограничным расстройством личности имеют значительно более выраженные психиатрические симптомы, чем пациенты с пограничными чертами личности. Действительно, значимая разница по всем компонентам анкеты составляет  $p<0,0001$ . Все данные, полученные с использованием SCL-90-R, представлены на Рисунке 3.2.2.

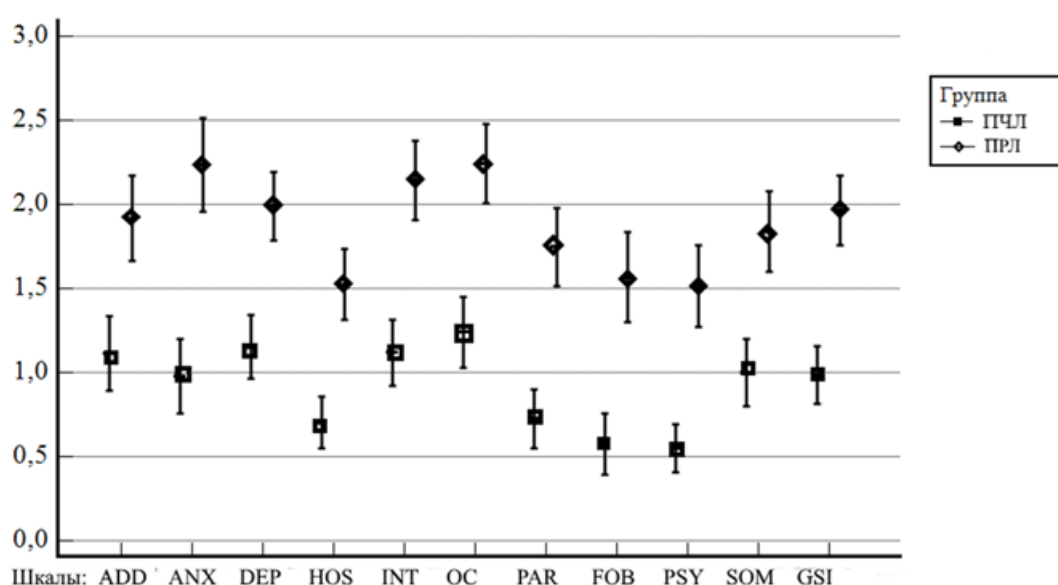


Рисунок 3.2.2– Сравнительные результаты SCL-90-R у пациенток с ПРЛ и у пациенток с ПЧЛ

Примечание – Сокращения: ADD - Аддиктивность, ANX- Тревожность, DEP- Депрессия, HOS- Враждебность, INT- Сенситивность, OC- Навязчивости, PAR- Паранойальность, FOB- Фобия, PSY- Психотизм, SOM- Соматизация, GSI-Индекс глобальной тяжести.

При оценке импульсивности на основе результатов BIS-11 группа с ПРЛ имеет значительно более высокий общий балл (ПРЛ: 72,317 [70,419 ÷ 74,214]; ПЧЛ: 68,05 (SD=8,0136);  $p=0,0029$ ), а также значительные нарушения самоконтроля (ПРЛ: 31,633 (SD=3,9142); ПЧЛ: 27,917 [26,865 ÷ 28,969];  $p<0,0001$ ). Однако не наблюдается значимых различий в подшкалах «Нарушения планирования» (ПРЛ: 21,9 [21,159 ÷ 22,641]; ПЧЛ: 21,433 [20,616 ÷ 22,251];  $p=0,4436$ ) и «Нарушения внимания» (ПРЛ: 18,75 [17,892 ÷ 19,608]; ПЧЛ: 18,8 (SD=3,6906);  $p=0,9117$ ). Эти

результаты свидетельствуют о том, что импульсивность в контексте пограничного расстройства личности проявляется в основном в форме нарушений самоконтроля.

Пациенты с ПРЛ демонстрировали более выраженные негативные аффекты по сравнению с пациентами с ПЧЛ (ПРЛ: 34,467 [32,219 ÷ 36,714]; ПЧЛ: 23,633 (SD=8,3746);  $p < 0,0001$ ). Не было значимой разницы в отношении позитивных аффектов (ПРЛ: 26,267 [24,058 ÷ 28,475]; ПЧЛ: 26,483 [24,138 ÷ 28,829];  $p = 0,6839$ ). Пациенты с ПРЛ также демонстрировали повышенный уровень тревожности по шкала тревоги Цунга (ПРЛ: 50,917 [47,850 ÷ 53,984]; ПЧЛ: 41,1 (SD=11,4473);  $p < 0,0001$ ) и депрессии по шкала депрессии Цунга (ПРЛ: 51,4 [48,818 ÷ 53,982]; ПЧЛ: 41,467 (SD=11,0813);  $p < 0,0001$ ) по сравнению с пациентами с ПЧЛ. Эти результаты подтверждают идею о том, что самоповреждающее поведение у лиц с пограничным расстройством личности связано с наличием коморбидной депрессии и тревоги. Фактически, частота и интенсивность несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток увеличиваются с тяжестью коморбидных симптомов депрессии и тревоги [85, 41]. Это позволяет предположить, что лечение этих коморбидных расстройств может иметь важное значение для эффективности стратегий лечения и профилактики.

Согласно результатам DUDIT, группа с ПРЛ имеет значительно более высокий балл (ПРЛ: 11,683 [7,079 ÷ 16,287]; ПЧЛ: 0,85 [0,113 ÷ 1,813];  $p < 0,0001$ ). Эти результаты ожидаемы и согласуются с выводами исследования Vaus et al. (2014), которое показало, что импульсивные черты личности и употребление психоактивных веществ связаны с частотой попыток самоубийства среди пациентов с ПРЛ [89].

### **3.2.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти**

Группа с ПРЛ имеет значительно высокое число попыток самоубийства (ПРЛ: 1,85 [1,064 ÷ 2,636]; ПЧЛ: 0,517 [0,296 ÷ 0,737];  $p = 0,0303$ ), что свидетельствует о том, что пациенты с пограничным расстройством личности более склонны к попыткам суицида как форме аутоагрессии. Эти результаты

подтверждаются более высоким значением КПСН (ПРЛ: 1,132 [1,034 ÷ 1,231]; ПЧЛ: 0,805 [0,686 ÷ 0,924];  $p < 0,0001$ ). У группы ПРЛ выше и потенциальная и реализованная аутоагрессия.

Группа с ПРЛ продемонстрировала значительные различия по нескольким показателям суицидального риска, а именно: «Аффективность», «Временная перспектива», «Демонстративность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм» и «Уникальность». Однако группа с ПЧЛ имела значительно более высокий балл по показателю «Антисуицидальный фактор».

По результатам опросника «Страх личной смерти» две группы не показали значительных различий, за исключением показателя «Страх быть забытым», по которому пациенты с ПРЛ продемонстрировали более высокий значимый балл ( $p = 0,0112$ ) (Таблица 3.2.1).

Результаты опросника «Отношение к смерти» не показывают значительных различий между двумя группами ни по одному из пяти компонентов (Таблица 3.2.1).

Таблица 3.2.1– Оценка суицидального риска и отношения к смерти у пациенток с ПРЛ и у пациенток с ПЧЛ

Критерий	Группа ПЧЛ (n=60)	ПРЛ группа (n= 60)	P
1- ОСН (в модификации Т.Н. Разуваевой)			
Демонстративность	1,92 [1,554 ÷ 2,286]	3,422 [3,010 ÷ 3,833]	<0,0001*
Аффективность	3,245 [2,806 ÷ 3,684]	5,078 [4,747 ÷ 5,410]	<0,0001*
Уникальность	1,86 [1,488 ÷ 2,232]	3,5 [3,072 ÷ 3,928]	<0,0001*
Несостоятельность	3,15 [2,521 ÷ 3,779]	5,375 [4,812 ÷ 5,938]	<0,0001*
Социальный пессимизм	2,967 [2,583 ÷ 3,350]	4,067 [3,741 ÷ 4,392]	<0,0001*
Слом культурных барьеров	2,108 [1,695 ÷ 2,522]	2,453 [2,032 ÷ 2,875]	0,1837
Максимализм	2,773 [2,194 ÷ 3,352]	3,2 [2,743 ÷ 3,657]	0,2214
Временная перспектива	2,035 [1,595 ÷ 2,475]	3,648 [3,129 ÷ 4,168]	<0,0001*
Антисуицидальный фактор	4,907 [4,438 ÷ 5,375]	4,053 [3,600 ÷ 4,507]	0,0076*
2- Страх личной смерти			

Последствия для личности	31,533 [28,427 ÷ 34,640]	31,567 (SD=11,0812)	0,8192
Последствия для тела	9,283 [7,572 ÷ 10,994]	9,983 [8,164 ÷ 11,803]	0,7743
Трансцендентные последствия	17,333 [15,071 ÷ 19,595]	17,583 [15,285 ÷ 19,881]	0,8488
Последствия для близких	18,983 (SD=6,4269)	17,617 [15,633 ÷ 19,600]	0,4149
Страх забвения	7,45 [6,318 ÷ 8,582]	10,133 (SD=5,6312)	0,0112*
3- Отношение к смерти			
Принятие смерти	10,95 [9,275 ÷ 12,625]	11,683 [10,014 ÷ 13,353]	0,6639
Избегание смерти	16,5 (SD=6,7811)	15 [13,293 ÷ 16,707]	0,3104
Страх смерти	17,383 [15,314 ÷ 19,453]	16,117 (SD=6,9284)	0,4269
Бегство	9,733 (SD=4,7901)	10,567 [9,180 ÷ 11,954]	0,3621
Нейтральное принятие	17,083 [15,917 ÷ 18,250]	16,817 [15,588 ÷ 18,045]	0,6793

### 3.2.4. Оценка травм, перенесенных в детстве

Результаты СТQ показывают, что в группе с ПРЛ уровень всех видов насилия в детстве значительно выше, как видно из таблицы 3.2.2 ниже. Эти данные указывают на взаимосвязь между тяжестью детских травм и развитием ПРЛ.

Таблица 3.2.2 – Оценка травм, перенесенных в детстве у пациенток с ПРЛ и у пациенток с ПЧЛ

Критерий	Группа ПЧЛ (n=60)	ПРЛ группа (n= 60)	P
Эмоциональное насилие	10,667 [9,383 ÷ 11,951]	15,4 [13,906 ÷ 16,894]	<0,0001*
Эмоциональное пренебрежение	6,117 [4,893 ÷ 7,340]	10,783 [9,407 ÷ 12,159]	<0,0001*
Физическое насилие	6,367 [5,600 ÷ 7,134]	10,083 [8,701 ÷ 11,465]	<0,0001*
Физическое пренебрежение	5,317 [4,638 ÷ 5,995]	8,85 [7,854 ÷ 9,846]	<0,0001*
Сексуальное насилие	5,933 [5,191 ÷ 6,676]	8,933 [7,525 ÷ 10,342]	<0,0001*

Между показателями травм, перенесенных в детстве, по методике СТQ и общим баллом теста ДИП-П в общей группе ПРЛ+ПЧЛ существует статистически значимая корреляция ( $p < 0,0001$ ): для эмоционального насилия коэффициент корреляции  $r_{\text{Спирмена}} = 0,513$ , для эмоционального пренебрежения  $r_{\text{Спирмена}} = 0,424$ , для физического насилия  $r_{\text{Спирмена}} = 0,413$ , для физического пренебрежения  $r_{\text{Спирмена}} = 0,513$  и для сексуального насилия  $r_{\text{Спирмена}} = 0,385$ .

### 3.2.5. Заключение

Проведённый сравнительный анализ внутри спектра пограничной патологии (ПРЛ и ПЧЛ) демонстрирует, что группа с верифицированным ПРЛ отличается более высокой тяжестью личностной дисфункции во всех ключевых доменах, что проявляется в максимальных баллах по шкалам ДИП-П и всем пяти патологическим чертам DSM-5, особенно по негативному аффекту, расторможенности и психотизму. Психопатологическая картина при ПРЛ также характеризуется большей тяжестью различных проявлений: выше баллы по общей симптоматике, коморбидная депрессия, тревога и выраженность импульсивности, прежде всего в сфере нарушений самоконтроля. Суицидальный риск в группе ПРЛ носит более реализованный характер, о чём свидетельствует большее число СП в анамнезе, более высокий КПСН и специфический профиль по ОСН с преобладанием аффективности, несостоятельности и нарушенной временной перспективы. Все формы насилия и пренебрежения в группе ПРЛ выражены значимо сильнее чем в группе ПЧЛ, что подтверждает роль травмы как фактора, смещающего развитие в сторону клинически очерченного расстройства личности. При этом важно отметить, что общие представления о смерти и страхи смерти, за исключением страха забвения, между группами не различаются, а антисуицидальный фактор в группе ПЧЛ выше. Можно допустить, что ПРЛ и ПЧЛ представляют собой точки димENSIONАЛЬНОГО континуума, где ПРЛ является клинически манифестным полюсом с глобальной декомпенсацией, а ПЧЛ - субклиническим вариантом с сохранёнными адаптационными ресурсами, что и

должно определять дифференциацию профилактических и терапевтических подходов.

### **3.3. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с пограничным расстройством личности с различными коморбидными состояниями**

Пациентки с диагнозом пограничное расстройство личности были разделены на 2 подгруппы: группа с пограничным расстройством личности с психическими коморбидными расстройствами (ПРЛ-ПСИХ; n=23; средний возраст: 24,391 [21,101 ÷ 27,681] лет) и группа пациенток с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью (ПРЛ-АЛК; n=24; средний возраст: 28,583 [SD=6,9151] лет). В этой части исследования проводится сравнение клинических и психологических характеристик групп ПРЛ-ПСИХ и ПРЛ-АЛК с целью изучения влияния коморбидности на клинические характеристики и аутоагрессивное поведение ПРЛ.

#### **3.3.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам**

При сравнении результатов ДИП-П не наблюдается статистически значимых различий по всем шкалам: по суммарным баллам (ПРЛ-ПСИХ: 8,87 [8,542 ÷ 9,197]; ПРЛ-АЛК: 9,292 [8,951 ÷ 9,632]; p=0,0668); по шкалам «Аффективные нарушения» (ПРЛ-ПСИХ: 1,783 [1,600÷1,965]; ПРЛ-АЛК:1,917 [1,797÷2,036]; p= 0,2017), по шкалам «Когнитивные нарушения» (ПРЛ-ПСИХ: 1,739 [1,505÷1,973]; ПРЛ-АЛК: 1,75 [1,526÷1,974]; p= 0,9405), по шкалам «Импульсивные действия» (ПРЛ-ПСИХ: 2,478 [2,257÷2,699]; ПРЛ-АЛК: 2,75 [2,563÷2,937];p=0,0581), по шкалам «Нарушения межличностных отношений» (ПРЛ-ПСИХ: 2,913 [2,788÷3,038]; ПРЛ-АЛК: 2,875 [2,732÷3,018]; p=0,6757).

При сравнении результатов по шкалам PID-5-BF группа ПРЛ-АЛК имеет значительно более высокие показатели по шкалам «Антагонизм»: 8,625

[6,974÷10,276] против 4,522 [3,137÷5,907], ( $p=0,0017$ ). Результаты других шкал не показали значимо высоких различий: «Негативный аффект»: (ПРЛ-ПСИХ: 10,435 ( $SD=2,8735$ ); ПРЛ-АЛК: 9,292 [7,680 ÷ 10,903];  $p=0,4205$ ), «Отрешенность»: (ПРЛ-ПСИХ: 6,522 ( $SD=2,794$ ); ПРЛ-АЛК: 6,417 [5,297÷7,537];  $p=0,9141$ ), «Расторможенность»: (ПРЛ-ПСИХ: 7,6957 ( $SD=3,495$ ); ПРЛ-АЛК: 8,7083 ( $SD=3,1689$ );  $p=0,3033$ ), «Психотизм»: (ПРЛ-ПСИХ: 7,9565 ( $SD=3,9483$ ); ПРЛ-АЛК: 6,625 ( $SD=3,0901$ );  $p=0,2034$ ) и по «Суммарный балл» (ПРЛ-ПСИХ: 37,565 ( $SD=9,5576$ ); ПРЛ-АЛК: 39,792 [34,637 ÷ 44,947];  $p=0,412$ ).

Сравнительные результаты анкеты по дисфункциональным убеждениям при пограничном расстройстве личности (BPQ-BPD) группа пациенток с психиатрическими коморбидностями имеют более высокие показатели по «Шкале зависимости»: 10,13 [7,886 ÷ 12,375] против 7,208 ( $SD=3,9229$ ),  $p=0,0365$ . Не было обнаружено значимых различий в результатах по другим шкалам, а именно: «Шкала защиты» (ПРЛ-ПСИХ: 8,043 ( $SD=4,0618$ ); ПРЛ-АЛК: 9 [7,343 ÷ 10,657];  $p=0,3915$ ), по «Шкале недоверия» (ПРЛ-ПСИХ: 12,4348 ( $SD=3,7152$ ); ПРЛ-АЛК: 11,5 ( $SD=4$ );  $p=0,4114$ ) и по «Суммарный балл» (ПРЛ-ПСИХ: 30,5217 ( $SD=11,4609$ ); ПРЛ-АЛК: 27,7083 ( $SD=9,0529$ );  $p=0,3543$ ).

Эти результаты показывают, что пациентки с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью более склонны к антагонистическому поведению. В то время как группа пациенток с пограничным расстройством личности и коморбидными психическими расстройствами склонна к зависимости от других людей, так называемому «цепляющемуся» поведению. Эти личностные особенности важно использовать затем в разработке дифференцированных программ профилактики и психотерапии.

### **3.3.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам**

Сравнительные результаты МИНИ-СМИЛ показывают, что пациентки, относящиеся к группе ПРЛ-ПСИХ, имеют значительно более высокие показатели

по шкале «Выраженность мужских и женских черт характера» ( $p=0,0071$ ), т.е. у них более заострены маскулинные черты, а пациентки, относящиеся к группе ПРЛ-АЛК, имеют значительно более высокие показатели по шкале «Ригидность аффекта» ( $p=0,0299$ ). Сравнительные результаты по другим шкалам не показывают значительных различий (Рисунок 3.3.1).

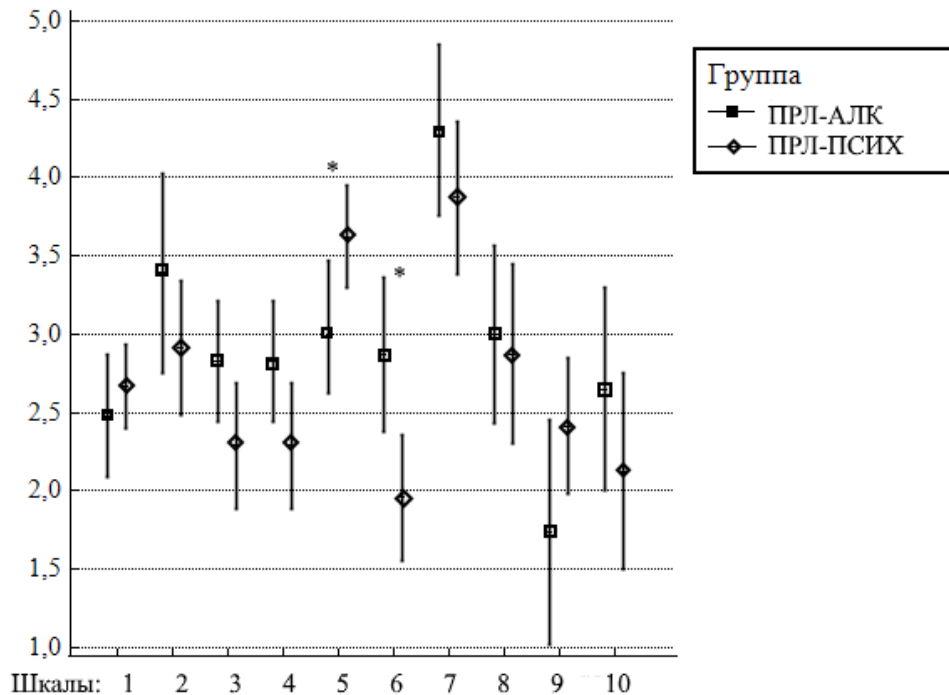


Рисунок 3.3.1– Сравнительные результаты МИНИ-СМИЛ у пациенток группы ПРЛ-АЛК и у пациенток из группы ПРЛ-ПСИХ

Примечание – Показатели по шкале X: 1- Шкала «соматической тревоги», 2- Тревога и депрессивные тенденции, 3- Шкала «вытеснения факторов, вызывающих тревогу», 4- Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности, 5- Выраженность мужских и женских черт характера, 6- Ригидность аффекта, 7- Шкала «фиксации тревоги и ограничительного поведения», 8- Аутизация (индивидуалистичность), 9- Шкала «отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций», 10- Социальные контакты (интроверсия).

Согласно сравнительным результатам SCL-90-R, группа пациентов с ПРЛ и коморбидными психическими расстройствами имеет значительно более высокие показатели по шкале фобий ( $p=0,0095$ ). При сравнении других шкал значительных различий не наблюдается (Рисунок 3.3.2).

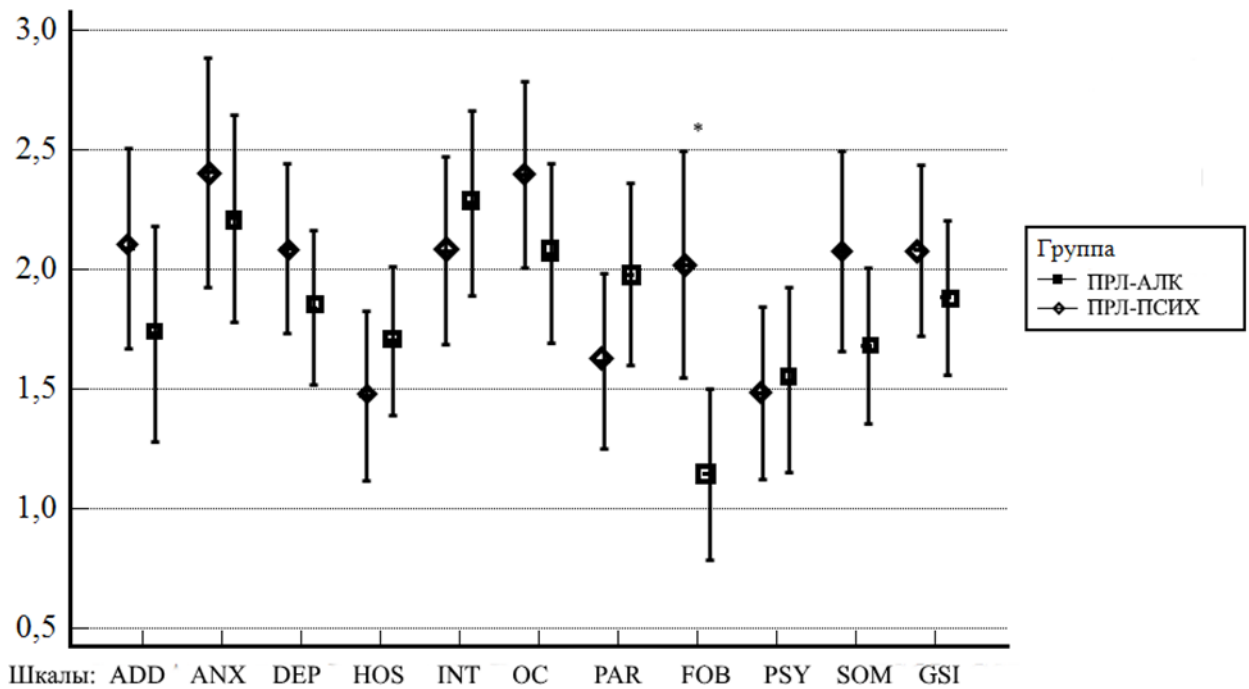


Рисунок 3.3.2– Сравнительные результаты SCL-90-R у пациенток с ПРЛ ПРЛ-АЛК и у пациенток с ПРЛ-ПСИХ

Примечание – Сокращения: ADD - Аддиктивность, ANX- Тревожность, DEP- Депрессия, HOS- Враждебность, INT- Сенситивность, OC- Навязчивости, PAR- Паранойяльность, FOB- Фобия, PSY- Психотизм, SOM- Соматизация, GSI-Индекс глобальной тяжести.

При оценке импульсивности по шкале BIS-11 пациентки из группы ПРЛ-ПСИХ имеют более высокие баллы по шкале «Нарушения планирования»: 23,261 [22,266÷24,256] против 21,25 (SD=2,9672),  $p=0,006$ . Оценки по другим подшкалам не показывают значительных различий между двумя группами: по шкале «Нарушения самоконтроля» (ПРЛ-ПСИХ: 32,4348 (SD=3,6034); ПРЛ-АЛК: 31,5 (SD=4,8004);  $p=0,4557$ ), по шкале «Нарушения внимания» (ПРЛ-ПСИХ: 19,043 (SD=3,2119); ПРЛ-АЛК: 18,667 [17,310÷20,023];  $p=0,7721$ ) и по шкале «Суммарный балл» (ПРЛ-ПСИХ: 74,7391 (SD=6,5797); ПРЛ-АЛК: 71,5 (SD=8,0217);  $p=0,1381$ ).

Оценка аффективных особенностей не выявила значимых различий между двумя группами. Результаты шкала тревоги Цунга (ПРЛ-ПСИХ: 53,522 [47,713÷59,331]; ПРЛ-АЛК: 48,667 [44,357÷52,976]  $p=0,1026$ ). Результаты шкала депрессии Цунга (ПРЛ-ПСИХ: 53,7826 (SD=11,8435); ПРЛ-АЛК: 51,0417 (SD=8,2698),  $p=0,3608$ ). Результаты опросника PANAS представлены следующим образом: по шкале «Негативный аффект»: (ПРЛ-ПСИХ: 34,609 [30,761÷38,456];

ПРЛ-АЛК: 35,667 (SD=8,9378)  $p=0,7252$  и по шкале «Позитивный аффект» (ПРЛ-ПСИХ: 25,0 (SD=9,7234); ПРЛ-АЛК: 28,1667 (SD=8,0578);  $p=0,2296$ ).

Результаты теста на выявление расстройств, связанных с употреблением наркотиков (DUDIT), показывают, что пациентки из группы ПРЛ-АЛК имеют значительно более высокие показатели: 26,542 [18,118 ÷ 34,965] против 2,043 [0,113 ÷ 4,200], ( $p<0,0001$ ).

Полученные результаты показывают, что психические расстройства, сопутствующие пограничному расстройству личности, связаны с желанием подчеркнуть решительность и мужественность, фобиями и расстройством планирования. В то время как пациентки с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью, как оказалось, более склонны к эмоциональной ригидности и сопутствующим расстройствам, связанным с употреблением наркотических веществ. Коморбидные расстройства не влияли значимо на эмоциональное состояние пациенток.

### **3.3.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти**

Согласно полученным результатам, нет значительных различий в количестве суицидальных попыток между двумя группами (ПРЛ- ПСИХ: 1,391[0,318÷2,464]; ПРЛ-АЛК: 2,292 [0,811÷3,773];  $p=0,7064$ ), а также индекса КПСН (ПРЛ- ПСИХ: 1,188 [1,040÷1,336]; ПРЛ-АЛК: 1,006 [0,818÷1,194];  $p=0,1975$ ). Результаты оценки суицидального риска представлены в Таблице 3.3.1.

Согласно сравнительным результатам опросника ОСН, пациентки, относящиеся к группе ПРЛ- ПСИХ, имеют более значимые показатели по фактору суицидального риска «Уникальность». Сравнительные результаты по методике «Страх личной смерти» не показывают значимых различий между двумя группами. Однако сравнительные результаты по методике «Отношение к смерти» показывают, что пациентки, страдающие ПРЛ с алкогольной зависимостью, имеют значительно более высокие показатели по подшкале «Страх смерти».

Таблица 3.3.1– Оценка суицидального риска и отношения к смерти у пациенток с ПРЛ-АЛК и у пациенток с ПРЛ-ПСИХ

Критерий	ПРЛ-ПСИХ (n= 23)	ПРЛ-АЛК (n = 24)	p
1- ОСН (в модификации Т.Н. Разуваевой)			
Демонстративность	3,704 [3,006÷4,403]	3,25 [2,701÷3,799]	0,2312
Аффективность	4,974 [4,480÷5,468]	5,179 [4,590÷5,768]	0,345
Уникальность	4,017 [3,325÷4,710]	3 [2,384÷3,616]	0,0311*
Несостоятельность	5,935 [5,141÷6,729]	4,75 (SD= 2,3266)	0,0664
Социальный пессимизм	4,217 (SD=1,2777)	4 [3,502÷4,498]	0,5752
Слом культурных барьеров	2,5 [1,712÷3,288]	2,012 [1,491÷2,534]	0,2923
Максимализм	3,478 [2,901÷4,055]	2,8 [1,882÷3,718]	0,1958
Временная перспектива	4,113 (SD= 2,2054)	3,025 (SD= 1,8133)	0,0708
Антисуицидальный фактор	4,452 [3,762÷5,143]	3,867 [3,179÷4,554]	0,2355
2- Страх личной смерти			
Последствия для личности	31,826 [27,164÷36,488]	32,458 (SD= 11,8578)	0,9151
Последствия для тела	9,609 [6,685÷12,532]	10,167 [7,169÷13,165]	0,7999
Трансцендентные последствия	16,957 (SD= 8,1491)	18,125 [13,898÷22,352]	0,6668
Последствия для близких	18 [14,909÷21,091]	18,5 (SD= 6,4471)	0,9235
Страх забвения	10,3043 (SD= 5,7242)	10,6667 (SD= 5,0876)	0,8194
3- Отношение к смерти			
Принятие смерти	11,391 [8,562÷14,220]	11,958 [9,451÷14,466]	0,8053
Избегание смерти	13,391 [10,376÷16,406]	16,25 (SD= 6,569)	0,3351
Страх смерти	13,13 [10,052÷16,208]	18,5 (SD= 6,1503)	0,0048*
Бегство	11,5217 (SD= 5,5421)	8,7083 (SD= 4,8137)	0,0694
Нейтральное принятие	16,739 [14,203÷19,275]	15,667 [13,961÷17,372]	0,1744

### 3.3.4. Оценка травм, перенесенных в детстве

Сравнительные результаты СТQ не показывают никаких значительных различий по всем подшкалам (Таблица 3.3.2). Эти результаты показывают, что травмы, полученные в детстве, не влияют на тип сопутствующих расстройств, связанных с пограничным расстройством личности.

Таблица 3.3.2- Оценка травм, перенесенных в детстве у пациенток с ПРЛ-АЛК и у пациенток с ПРЛ-ПСИХ

Критерий	ПРЛ-ПСИХ (n= 23)	ПРЛ-АЛК (n = 24)	p
Эмоциональное насилие	16,174 (SD= 6,1545)	13,167 [11,111÷15,223]	0,0838
Эмоциональное пренебрежение	12,13 [10,122÷14,139]	9,625 (SD=5,2817)	0,0798
Физическое насилие	10,435 [7,747÷13,122]	8,583 [7,164÷10,003]	0,5693
Физическое пренебрежение	9,435 [7,560÷11,310]	7,917 [7,002÷8,831]	0,3919
Сексуальное насилие	9,174 [6,484÷11,864]	8,208 [6,267÷10,149]	0,9362

Несмотря на то, что полученные результаты показывают, что вид сопутствующего расстройства не оказывает большого влияния на клинические и психологические характеристики пациенток с пограничным расстройством личности, психотерапевтическое воздействие на пациенток, относящихся к группе ПРЛ-ПСИХ, должно быть направлено на черты зависимости личности, фобии, гендерных особенностей поведения, нарушения планирования и фактора уникальности суицидального риска. Пациентки с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью должны проходить терапевтические мероприятия, направленные на устранение антагонизма, эмоциональной ригидности, страха смерти и наркомании.

### 3.3.5. Заключение

Сравнительный анализ внутри группы пациенток с ПРЛ, дифференцированных по типу коморбидности, выявил не глобальные, а скорее точечные, но клинически значимые различия в психопатологических профилях. Полученные данные свидетельствуют о том, что ядерная структура ПРЛ, включая выраженность личностной дисфункции, общий уровень психопатологии (SCL-90-R), тяжесть аффективных расстройств и суицидальный риск, остаётся схожей независимо от сопутствующего расстройства. Это подтверждается отсутствием значимых различий по большинству базовых клинико-психологических показателей. Однако специфика коморбидного состояния выступает как модифицирующий фактор, формирующий уникальные акценты в клинической картине. Пациентки с алкогольной зависимостью (ПРЛ-АЛК) демонстрируют более выраженный антагонизм в структуре личности, большую эмоциональную ригидность и специфически повышенный страх смерти, что может отражать как особенности преморбида, так и психологические последствия аддикции. Напротив, пациентки с психиатрической коморбидностью (ПРЛ-ПСИХ) характеризуются усилением когнитивной схемы зависимости, тенденцией к демонстрации маскулинных черт, более высоким уровнем фобической симптоматики и специфическим нарушением в сфере планирования из-за повышенной импульсивности. Примечательно, что тяжесть детской травматизации, являясь общим мощным фоном для всех случаев ПРЛ, не дифференцирует эти подгруппы. Таким образом, анализ подтверждает, что при общем ядре ПРЛ, тип коморбидности задаёт различные мишени для психотерапевтического вмешательства: работа с антагонизмом, ригидностью и страхами при аддиктивной коморбидности и коррекция зависимых паттернов, фобий и нарушений планирования при психиатрической.

### **3.4. Сравнение клинико-психопатологических и психологических характеристик пациенток с пограничными чертами личности с различными коморбидными состояниями**

Группа пациенток с выраженным пограничным паттерном характера была разделена на две подгруппы: группа с пограничными чертами личности с сопутствующими психическими расстройствами (ПЧЛ-ПСИХ; n=26; средний возраст: 26,385 [22,632 ÷ 30,137] лет) и группа с пограничными чертами личности с алкогольной зависимостью (ПЧЛ-АЛК; n =14; средний возраст: 22,5 [SD=2,9023] лет).

В этой части исследования проводилось сравнение групп ПЧЛ-ПСИХ и ПЧЛ-АЛК, что позволит определить, какие клинические и психологические характеристики являются наиболее выраженными. Это в свою очередь поможет определить клинические и психологические характеристики, которые наиболее связаны с аутоагрессивным поведением у различных пациенток с чертами ПЧЛ.

#### **3.4.1. Сравнение групп по основным личностным характеристикам**

При сравнении результатов по опроснику ДИП-П статистически значимых различий по всем шкалам не наблюдается: по суммарным баллам: (ПЧЛ-ПСИХ: 3,692 [2,724 ÷ 4,660]; ПЧЛ-АЛК: 4,929 (SD=1,4917); p=0,1149) по шкале «Аффективные нарушения» (ПЧЛ-ПСИХ: 1,231 [0,968 ÷ 1,494]; ПЧЛ-АЛК :1,429 [1,132 ÷ 1,725]; p=0,3863), по шкале «Когнитивные нарушения» (ПЧЛ-ПСИХ : 0,731 [0,417 ÷ 1,045] ; ПЧЛ-АЛК :0,786 [0,323 ÷ 1,249] ; p=0,8304), по шкале «Импульсивные действия» (ПЧЛ-ПСИХ : 0,385 [0,00439 ÷ 0,765] ; ПЧЛ-АЛК :0,786 [0,138 ÷ 1,433] ; p=0,1858), по шкале «Нарушения межличностных отношений» (ПЧЛ-ПСИХ : 1,346 [0,849 ÷ 1,843] ; ПЧЛ-АЛК : 1,929 [1,270 ÷ 2,587] ; p=0,1463).

При сравнении результатов по тесте PID-5-BF группа ПЧЛ-АЛК имеет значительно более высокие показатели по шкалам «Негативный аффект»: 9,0 (SD=3,2581) против 5,615 (SD=3,7955), (p=0,0076). Результаты других шкал не

выявили значимых различий: «Отрешенность» (ПЧЛ-ПСИХ: 3,846 (SD=3,3787); ПЧЛ-АЛК: 5,143 (SD=2,9051);  $p=0,2326$ ), «Антагонизм» (ПЧЛ-ПСИХ: 3,962 [2,532 ÷ 5,391]; ПЧЛ-АЛК: 5,214 (SD=2,6941);  $p=0,0942$ ), «Расторможенность» (ПЧЛ-ПСИХ: 4,1154 (SD=3,0637); ПЧЛ-АЛК: 5 (SD=3,2106);  $p=0,39700$ ), «Психотизм» (ПЧЛ-ПСИХ: 3,4615 (SD=2,8876); ПЧЛ-АЛК: 2,4286 (SD=2,5333)  $p=0,2679$ ) по шкале «Суммарный балл» (ПЧЛ-ПСИХ: 20,0385 (SD=12,121); ПЧЛ-АЛК: 26,7857 (SD=7,4025);  $p=0,0658$ ).

Результаты сравнения ВРQ-ВРD показали, что пациентки из группы ПЧЛ-АЛК имеют значительно более высокие показатели в общем балле: (ПЧЛ-ПСИХ: 17,0769 (SD=9,8546); ПЧЛ-АЛК: 25,3571 (SD=10,18); ( $p=0,0166$ )), а также по «Шкала недоверия» (ПЧЛ-ПСИХ: 7,5769 (SD=4,8181); ПЧЛ-АЛК: 11,0714 (SD=4,2511);  $p=0,0286$ ) и «Шкала защиты» (ПЧЛ-ПСИХ: 4,577 [3,249 ÷ 5,905]; ПЧЛ-АЛК: 7,429 [5,524 ÷ 9,333]  $p=0,0303$ ). в то время по «Шкале зависимости» (ПЧЛ-ПСИХ: 5,2308 (SD=4,2172); ПЧЛ-АЛК: 6,8571 (SD=3,978);  $p=0,2430$ ).

Данные результаты показывают, что пациентки с пограничными чертами личности и алкогольной зависимостью демонстрируют больше дисфункциональных черт личности по сравнению с пациентками с пограничными чертами личности и коморбидными психическими расстройствами, включая негативные аффекты, такие как эмоциональная нестабильность и дистресс, а также дисфункциональные убеждения, представленные недоверием и избыточной защитой.

### **3.4.2. Сравнение групп по основным общепсихопатологическим и аффективным симптомам**

Оценка обеих групп по основным психопатологическим и аффективным симптомам не выявляет заметных различий по всем исследованным шкалам и критериям. Сравнительные результаты МИНИ-СМИЛ представлены ниже (Рисунок.3.4.1): по шкале «соматической тревоги» ( $p=0,8573$ ), по шкале «Тревога и депрессивные тенденции» ( $p=0,8163$ ), по шкале «вытеснения факторов,

вызывающих тревогу» ( $p=0,3296$ ), по шкале «Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности» ( $p=0,2863$ ), по шкале «Выраженность мужских и женских черт характера» ( $p=0,7736$ ), по шкале «Ригидность аффекта» ( $p=0,1319$ ), по шкале «фиксации тревоги и ограничительного поведения» ( $p=0,1761$ ); по шкале «Аутизация» ( $p=0,3534$ ), по шкале «отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций» ( $p=0,6299$ ); по шкале «Социальные контакты» ( $p=0,7782$ ).

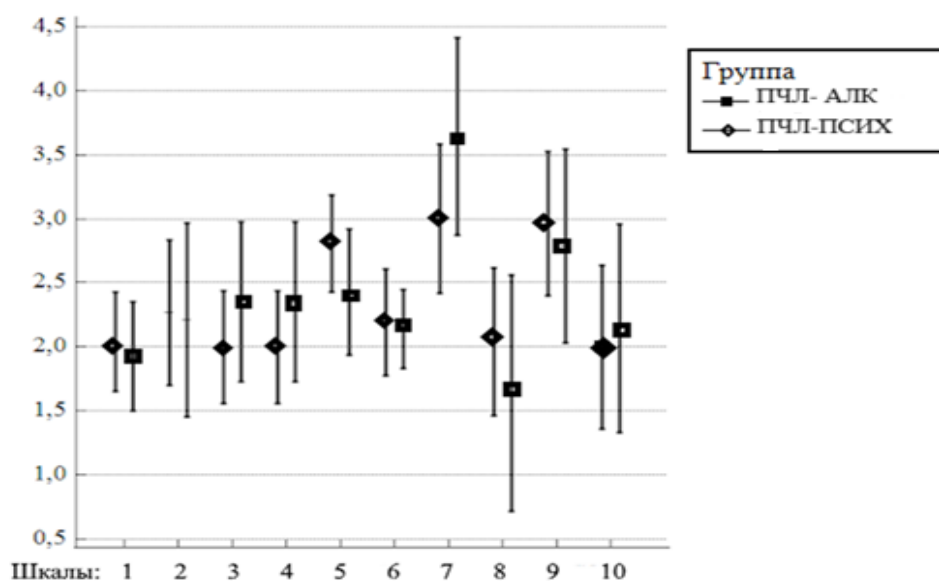


Рисунок 3.4.1 – Сравнительные результаты МИНИ-СМИЛ у пациенток с ПЧЛ-АЛК и у пациенток с ПЧЛ-ПСИХ

Примечание – Показатели по оси X: 1- Шкала «соматической тревоги», 2- Тревога и депрессивные тенденции, 3- Шкала «вытеснения факторов, вызывающих тревогу», 4- Реализация эмоциональной направленности в непосредственном поведении, импульсивности, 5- Выраженность мужских и женских черт характера, 6- Ригидность аффекта, 7- Шкала «фиксации тревоги и ограничительного поведения», 8- Аутизация (индивидуалистичность), 9- Шкала «отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций», 10- Социальные контакты (интроверсия).

Далее приведены результаты по шкале SCL-90-R, в которых также не выявлены статистически значимые различия (Рисунок.3.4.2): по шкале «Соматизация» ( $p= 0,5706$ ), по шкале «Навязчивости» ( $p= 0,8382$ ), по шкале «Сенситивность» ( $p= 0,7833$ ) по шкале «Депрессия» ( $p= 0,8843$ ) по шкале «Тревожность» ( $p= 0,8577$ ) по шкале «Враждебность» ( $p=0,9306$ ) по шкале «Фобия» ( $p=0,5868$ ) по шкале «Паранойяльность» ( $p=0,8979$ ) по шкале «Психотизм» ( $p=0,7977$ ) по шкале «Аддиктивность» ( $p= 0,909$ ) по шкале «GSI» ( $p=0,9977$ ).

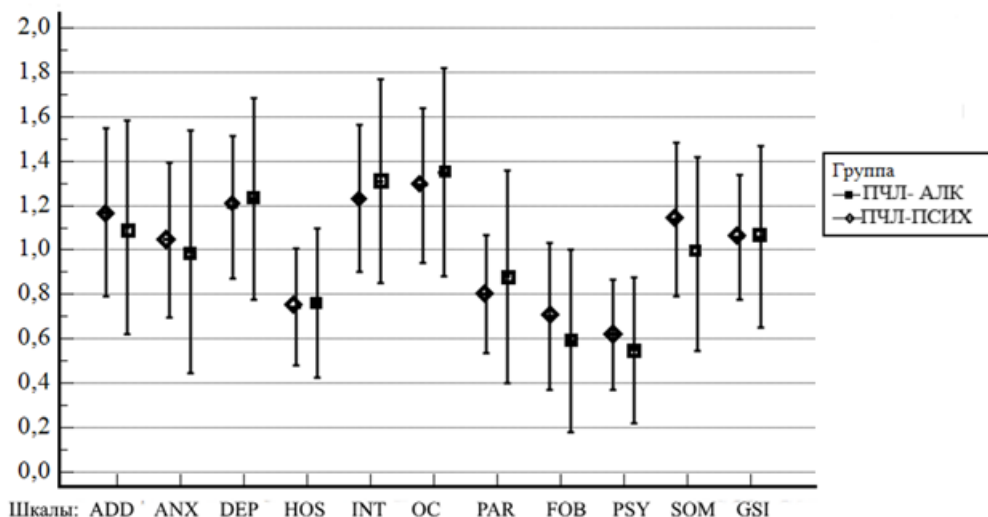


Рисунок 3.4.2– Сравнительные результаты SCL-90-R у пациенток с ПЧЛ-АЛК и у пациенток с ПЧЛ-ПСИХ

Примечание – Сокращения: ADD - Аддиктивность, ANX- Тревожность, DEP- Депрессия, HOS- Враждебность, INT- Сенситивность, OC- Навязчивости, PAR- Паранойяльность, FOB- Фобия, PSY- Психотизм, SOM- Соматизация, GSI-Индекс глобальной тяжести.

Несколько неожиданные результаты были получены при оценке импульсивности по опроснику BIS-11 – различий в группах ПЧЛ-АЛК и ПЧЛ-ПСИХ не обнаружено. По шкале «Нарушения самоконтроля» были получены следующие результаты: (ПЧЛ-ПСИХ: 28,7692 (SD=3,5923); ПЧЛ-АЛК: 28,5714 (SD=4,3627);  $p=0,8784$ ), по шкале «Нарушения планирования» (ПЧЛ-ПСИХ: 21,154 [19,909 ÷ 22,398]; ПЧЛ-АЛК: 22,357 (SD =2,1342);  $p=0,295$ ), по шкале «Нарушения внимания» (ПЧЛ-ПСИХ: 18,0385 (SD=3,28); ПЧЛ-АЛК: 19,2857 (SD=4,3753);  $p=0,3145$ ), по шкале «Суммарный балл» (ПЧЛ-ПСИХ: 67,7308 (SD=6,9372); ПЧЛ-АЛК: 70,2143 (SD =7,6679);  $p=0,3044$ ).

Что касается эмоционального состояния, то результаты по шкале тревоги Цунга не показали значимых различий (ПЧЛ-ПСИХ: 41,9231 (SD=12,2766); ПЧЛ-АЛК: 45,9286 (SD=11,8026);  $p=0,3250$ ), результаты шкала депрессии Цунга также не имели значимого уровня различий (ПЧЛ-ПСИХ: 40,7308 (SD=11,358); ПЧЛ-АЛК: 47,8571 (SD=12,6056);  $p=0,0764$ ). Результаты по методике PANAS были следующие: по шкале «Негативный аффект» (ПЧЛ-ПСИХ: 23,1154 (SD=8,9054); ПЧЛ-АЛК: 26,0714 (SD =8,9224);  $p=0,3233$ ) и по шкале «Позитивный аффект» (ПЧЛ-ПСИХ: 26,7308 (SD =9,6563); ПЧЛ-АЛК: 25,0714 (SD =10,3587);  $p=0,6161$ ).

Полученные результаты показывают, что общие психопатологические и аффективные симптомы у пациенток с ПЧЛ и коморбидными психическими расстройствами не отличаются от симптомов у пациенток с ПЧЛ и алкогольной зависимостью. Таким образом, тип коморбидных расстройств не влияет значимо на психопатологические показатели.

Согласно сравнительным результатам опросника DUDIT, пациентки из группы ПЧЛ-ПСИХ не демонстрируют никаких признаков зависимости от психоактивных веществ, получая показатель равный 0, в то время как пациентки из группы ПЧЛ-АЛК получают показатель 1,692 [0,522 ÷ 3,907], хотя все равно с незначимой на статистическом уровне разницей ( $p=0,1273$ ).

### **3.4.3. Оценка суицидального риска и отношения к смерти**

Группа пациенток с пограничными чертами личности с алкогольной зависимостью имеет индекс суицидальной напряженности КПСН несколько более высокий, однако, без значимых различий по сравнению с группой пациенток с пограничными чертами личности с психическими коморбидностями (ПЧЛ-ПСИХ: 0,7714 (SD=0,4793); ПЧЛ-АЛК: 0,9005 (SD=0,4345);  $p=0,409$ ). При сравнении частоты суицидальных попыток между двумя группами не было обнаружено значимых различий (ПЧЛ- ПСИХ: 0,385 [0,154 ÷ 0,615]; ПЧЛ-АЛК: 0,214 [-0,0316 ÷ 0,460];  $p=0,3648$ )

При сравнении оценки суицидального риска результаты ОСН показали, что группа пациенток ПЧЛ-АЛК имеет значительно более высокие показатели, чем группа ПЧЛ- ПСИХ, по фактору «Аффективность» ( $p=0,0167$ ) и фактору «Максимализм» ( $p=0,0429$ ). При сравнении других значений факторов суицидального риска значимых различий не выявлено. Все данные, полученные при сравнении суицидального риска двух групп, представлены в таблице 3.4.1.

Сравнительные результаты по методике «Страх смерти» и «Отношению к смерти» показывают, что группа пациенток ПЧЛ-ПСИХ имеет значительно более высокий балл по критерию «Последствия для тела» ( $p=0,0438$ ). По другим

критериям значимых различий между группами не наблюдается, что также показано в Таблице 3.4.1. Эти результаты демонстрируют, что пациентки с ПЧЛ и алкогольной зависимостью подвержены более высокому риску суицида, который выражается двумя факторами: эмоциональностью и максимализмом. В то же время пациентки с ПЧЛ и коморбидными психическими расстройствами выражают страх смерти из-за ее последствий для тела.

Таблица 3.4.1 – Оценка суицидального риска и отношения к смерти у пациенток с ПЧЛ-АЛК и у пациенток с ПЧЛ-ПСИХ

Критерий	Группа ПЧЛ- ПСИХ (n=26)	ПЧЛ-АЛК (n= 14)	P
1- ОСН (в модификации Т.Н. Разуваевой)			
Демонстративность	1,846 [1,277 ÷ 2,415]	2,571 (SD=1,7521)	0,218
Аффективность	2,792 [2,101 ÷ 3,483]	4,164 (SD= 1,6809)	0,0167*
Уникальность	1,8 [1,199 ÷ 2,401]	2,4 [1,420 ÷ 3,380]	0,2947
Несостоятельность	3,0577 (SD= 2,3036)	4,2857 (SD= 2,8128)	0,1450
Социальный пессимизм	2,9231 (SD= 1,6229)	3,2857 (SD=1,4899)	0,4926
Слом культурных барьеров	2,035 [1,374 ÷ 2,696]	2,136 [1,505 ÷ 2,766]	0,7705
Максимализм	2,215 [1,417 ÷ 3,014]	3,657 [2,432 ÷ 4,882]	0,0429*
Временная перспектива	1,7346 (SD= 1,4977)	2,8286 (SD= 2,0105)	0,0584
Антисуицидальный фактор	4,185 [3,386 ÷ 4,983]	5,257 [4,338 ÷ 6,176]	0,0963
2- Страх личной смерти			
Последствия для личности	34,5 (SD=10,7972)	28 (SD= 10,713)	0,0765
Последствия для тела	11,385 (SD= 6,6638)	6,643 [3,668 ÷ 9,618]	0,0438*
Трансцендентные последствия	19,269 [15,831 ÷ 22,707]	15,143 (SD=8,6634)	0,1659
Последствия для близких	19,6923 (SD = 6,2531)	16,5714 (SD= 8,3456)	0,1890
Страх забвения	7,077 [5,364 ÷ 8,790]	9,857 (SD= 4,881)	0,0742
3- Отношение к смерти			
Принятие смерти	9,769 [7,247 ÷ 12,291]	11,143 (6,274)	0,4084
Избегание смерти	18,0385 (SD= 6,6602)	13,6429 (SD= 8,0537)	0,0721

Страх смерти	17,577 [14,417 ÷ 20,737]	18,214 [14,007 ÷ 22,422]	0,9207
Бегство	10,2308 (SD= 5,1249)	9,4286 (SD= 5,6936)	0,6522
Нейтральное принятие	15,808 [13,955 ÷ 17,660]	17 [14,153 ÷ 19,847]	0,2416

### 3.4.4. Оценка травм, перенесенных в детстве

Сравнительные результаты оценки травм, полученных в детском возрасте, не показывают значительных различий между двумя группами (Таблица 3.4.2). Таким образом, данный предиктор в данной группе можно считать не значимым.

Таблица 3.4.2– Оценка травм, полученных в детстве у пациенток с ПЧЛ-АЛК и у пациенток с ПЧЛ-ПСИХ

Критерий	Группа ПЧЛ-ПСИХ (n=26)	Группа ПЧЛ-АЛК (n= 13)	P
Эмоциональное насилие	10,6923 (SD= 5,042)	12,2143 (SD= 5,8989)	0,3962
Эмоциональное пренебрежение	6,154 [4,396 ÷ 7,911]	5,429 (SD= 5,3882)	0,4587
Физическое насилие	6,231 [5,462 ÷ 7,000]	7,214 [4,166 ÷ 10,263]	0,9256
Физическое пренебрежение	5,231 [4,233 ÷ 6,229]	5,286 [3,255 ÷ 7,317]	0,8363
Сексуальное насилие	5,423 [4,923 ÷ 5,923]	6,786 [3,712 ÷ 9,859]	0,4649

### 3.4.5. Заключение

Анализ внутригрупповых различий у пациенток с пограничными чертами личности и различным типом коморбидности, выявил точечные различия, которые не затрагивают общий психопатологический фон. Базовые клинико-психопатологические показатели, включая уровень депрессии, тревоги, общую

симптоматику (SCL-90-R) и профиль по Мини-СМИЛ, у пациенток с ПЧЛ-ПСИХ и ПЧЛ-АЛК статистически не различаются. Пограничные черты личности имеет более стабильный профиль, при котором коморбидное состояние не вызывает заметное изменение психопатологии, как это наблюдается при ПРЛ. Влияние коморбидности проявляется в тонких личностно-мотивационных и когнитивных доменах. Пациентки их подгруппы ПЧЛ-АЛК демонстрируют более выраженный негативный аффект и более дисфункциональные когнитивные схемы, особенно в сферах недоверия и избыточной психологической защиты, что может отражать как предрасполагающие к аддикции черты, так и последствия употребления. Эта группа также характеризуется специфическим паттерном суицидального риска с акцентом на аффективность и максимализм, что указывает на преобладающий импульсивно-эмоциональный характер аутоагрессии. В свою очередь, пациентки их подгруппы ПЧЛ-ПСИХ обнаруживают более высокий страх телесных последствий смерти, что может быть связано с ипохондрическими переживаниями. Отсутствие различий в уровне травматизации в детстве между подгруппами подчёркивает, что специфика коморбидности при ПЧЛ связана скорее с индивидуальными путями дезадаптивного совладания, чем с разной степенью исходного личностного фона.

### **3.5. Суицидологическая модель пациенток с пограничным расстройством личности и пациенток с пограничными чертами личности**

В 2010 году российский профессор Положий Б. С. разработал концептуальную модель суицидального поведения, построенную на подходе, который объединяет факторы суицидальной диатезы, классифицированные по рангам. Она выделяет детерминанты первого ранга (биологические, клинические и психосоциальные критерии, обязательные для развития суицидального поведения), второго ранга (другие факторы, повышающие суицидальный риск, но их наличие не является обязательным) и третьего ранга (факторы, определяющие частоту суицидов в населении) [17]. Ее дополняет более современная модель проф. А.В.

Меринова (2025), которая делает акцент на значимости антисуицидальных факторов [12]. При этом есть работы о гендерных различиях развития суицидального поведения у мужчин и женщин и, в целом, настоящий момент недостаточно сведений о влиянии различных психосоциальных детерминант на склонность к аутоагрессивного поведению у женщин с ПРЛ.

### 3.5.1 Результаты корреляционного анализа

Для прояснения факторов, влияющих на аутоагрессивный потенциал у пациенток, был проведен поэтапный анализ взаимосвязи психосоциальных факторов, которые по данным предварительного обзора литературы были отобраны как наиболее вероятные кандидаты, и интегрального независимого фактора потенциальной аутоагрессивной напряженности – показателя КПСН. На первом этапе проводился корреляционный анализ КПСН и результатов оценки отобранных факторов. Полученные статистически значимые корреляции представлены в Таблице 3.5.1.

Таблица 3.5.1 – Результаты корреляционного анализа связи КПСН с результатами оценки психосоциальных факторов суицидогенеза в группах ПРЛ и ПЧЛ (показаны только статистически значимые корреляции с  $p < 0,05$ )

Критерий	Группа ПРЛ, n=60	Группа ПЧЛ, n=60
	$R_{\text{Спирмена}}$	$R_{\text{Спирмена}}$
<b>Демографические и клинические параметры</b>		
Семейное положение	-	0,2599
Количество суицидальных попыток	0,6150	-
<b>PID-5-BF</b>		
Суммарный балл	-	0,3459
Негативный аффект	-	0,4247
Психотизм	-	0,4009
<b>Опросники Цунга</b>		
Шкала тревоги	0,3639	0,4291
Шкала депрессии	0,3933	0,4487
<b>ОСН (в модификации Т.Н. Разуваевой)</b>		
Аффективность	-	0,5126

Уникальность	0,2966	-
Несостоятельность	0,4668	0,3992
Временная перспектива	0,5218	0,3167
Антисуицидальный фактор	-	-0,3171
Страх личной смерти		
Последствия для личности	-	-0,3961
Последствия для тела	-	-0,3845
Отношение к смерти		
Избегание смерти	-	-0,3151
Бегство	-	0,3012
PANAS		
Позитивный аффект	-	-0,2886
Негативный аффект	0,4237	0,3967
МИНИ-СМИЛ		
Нс. Шкала «соматической тревоги» (сверхконтроля).	0,3134	-
D .Тревога и депрессивные тенденции (пессимистичность).	0,3193	0,3719
Ну. Шкала «вытеснения факторов, вызывающих тревогу» (эмоциональной лабильности)	0,3410	-
Ma. Шкала «отрицания тревоги и гипоманиакальных тенденций»	-0,5553	-0,5415
Si. Социальные контакты (интроверсия)	-	0,2728
BIS-11		
Нарушения самоконтроля	0,2824	-
Нарушения планирования	-	-0,2906
SCL-90-R		
Соматизация	-	0,4491
Навязчивости	-	0,4736
Сенситивность	0,2844	0,2988
Депрессия	0,4500	0,6099
Тревожность	0,3133	0,3464
Враждебность	-	0,2652
Психотизм	0,2947	0,4177
Аддиктивность	0,3665	0,4182
GSI	0,3132	0,4715

В обеих группах выявлены статистически значимые положительные корреляции КПСН с уровнями тревоги и депрессии; нарушениями временной перспективы и несостоятельностью как причинами аутоагрессивного поведения; повышенным негативным аффектом в PANAS; шкалами, связанными с тревогой, депрессией и сенситивностью в МИНИ-СМИЛ и SCL-90-R. Эти результаты можно трактовать как повышенную роль эмоциональных нарушений в формировании суицидальных детерминант для всех пациентов с пограничными чертами личности. Значимая положительная корреляция между КПСН и нарушениями временной перспективы у пациенток обеих групп подтверждает известный факт о слабости построения приемлемого плана на будущее для людей с высоким суицидальным риском.

У пациенток с ПЧЛ, в отличие от группы ПРЛ, выявлены значимые отрицательные корреляции КПСН и антисуицидальным фактором ОСН, последствиями для личности и для тела при оценке страха личной смерти, стратегией избегания при оценке отношения к смерти, а также со шкалами позитивного аффекта в PANAS и МИНИ-СМИЛ, что можно расценить как более значительное влияние противовесных антисуицидальных когнитивных факторов в этой группе пациентов. Выявленные корреляционные связи имели лишь промежуточное значение в исследовании и не трактовались подробно, т.к. далее были получены более значимые результаты.

### **3.5.2. Результаты построения модели множественной регрессии**

Для выделения независимых детерминант для каждой группы пациентов выполнялось построение модели множественной регрессии, которая оценивала связь одной зависимой переменной (КПСН) и нескольких независимых факторов. Изначально модели были построены с включением всем независимых переменных, которые показали значимые корреляции на предыдущем этапе. В дальнейшем из моделей убирались незначимые переменные до тех пор, пока модель не содержала только значимые факторы ( $p < 0,05$ ). В результате были получены модели,

представленные в Таблице 3.5.2.

Таблица 3.5.2 - Модели множественной регрессии для определения независимых детерминант для КПСН

Параметр	Коэффициент параметра в модели	Отношения шансов (ОШ)	Нижняя граница 95% доверительного интервала для ОШ	Верхняя граница 95% доверительного интервала для ОШ
Модель для группы пациенток с пограничными чертами личности				
Депрессия по SCL-90	0,36	1,44	1,26	1,64
Модель для группы пациентов с пограничным расстройством личности				
Количество суицидальных попыток	0,05	1,05	1,02	1,08
Нарушения самоконтроля по BIS-11	0,02	1,02	1,0	1,04
Ну. Эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ	0,09	1,1	1,0	1,2
Ма. Гипомания по МИНИ-СМИЛ	-0,12	0,89	0,84	0,94

В полученной модели для пациенток с ПЧЛ получился лишь один значимый фактор – уровень депрессии (по SCL-90-R), причем он имел корреляционные связи с другими показателями негативной аффективности (Шкала депрессии Цунга, PANAS). Следовательно, для данной группы респондентов именно депрессивность является главной детерминантой суицидального диатеза. Причем в определении SCL-90-R данный параметр является широкой обобщающей оценкой негативной аффективности, а также дисфорических симптомов, видимо потому он и превзошел другие показатели депрессивности по предсказательной силе.

В группе пациенток с ПРЛ выявлено три независимых переменных с положительными коэффициентами – количество суицидальных попыток,

импульсивные симптомы в виде нарушения самоконтроля (по BIS-11) и эмоциональная лабильность (Ну по МИНИ-СМИЛ), а одна переменная с отрицательным коэффициентом – гипоманиакальность (Ма по МИНИ-СМИЛ). Причем сумма положительных коэффициентов по модулю почти равна модулю отрицательного коэффициента, следовательно антисуицидальный фактор гипоманиакальности по предсказательной силе уравнивает три просуицидальных детерминанты, которые представляют собой по контексту степень выраженности основных симптомов ПРЛ.

### **3.5.3. Заключение**

Главной психосоциальной детерминантой потенциального суицидального поведения у пациенток с ПЧЛ является уровень депрессивности (ОШ 1,44 [1,26; 1,64]). У пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток (ОШ 1,05 [1,02; 1,08]), нарушения самоконтроля по BIS-11 (ОШ 1,02 [1,00; 1,04]) и эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ (ОШ 1,1 [1,0; 1,2]), антисуицидальной детерминантой - гипоманиакальность по МИНИ-СМИЛ (ОШ 0,89 [0,84; 0,94]).

### **3.6. Отношение к шрамам после несуицидального самоповреждения у пациенток с пограничным расстройством личности**

Несмотря на высокую распространенность несуицидального самоповреждающего поведения при пограничном расстройстве личности, в настоящее время остается недостаток информации, объясняющей отношение пациентов с ПРЛ к своим шрамам, полученным в результате НССП. Анализ этого отношения позволяет лучше понять эмоциональное и когнитивное состояние пациентов после несуицидального самоповреждения. Это будет способствовать разработке более эффективных терапевтических стратегий и мероприятий ранней профилактики, направленных на снижение как частоты, так и тяжести

несуицидального самоповреждения. Цель этой части исследования – выявить особенности отношения пациенток с пограничным расстройством личности к своим шрамам после несуицидального самоповреждения.

Группа пациенток (ПРЛ-ШРАМЫ;  $n=31$ ; средний возраст: 22,48 [21,83÷23,12] лет) с диагнозом ПРЛ и шрамами после НССП ответила на вопросы анкеты «Шкала отношения к шрамам после самоповреждений» [120]. Это русская адаптация широко используемой шкалы «Non-Suicidal Self-Injury Scar Cognition Scale (NSSI-SCS)» [49]. Русскоязычная адаптация позволяет оценить отношение по трем факторам. Негативные последствия представлены двумя факторами: 1) «Безнадежность», которое отражает чувство безнадежности, слабости и суицидальные мысли, которые увеличивают риск самоубийства при виде своих шрамов после НССП; 2) «Стыд», который отражает чувство стыда, смущения и социальной стигматизации, вызванные негативным отношением окружающих к шрамам. Положительные последствия представлены одним фактором, а именно 3) «Внутренней силой», которая является убеждением в том, что шрамы после самоповреждений демонстрируют эмоциональную и физическую силу и являются источником надежды и гордости.

По результатам оценки баллов по данной методике у пациенток с ПРЛ было получено: 15,0 [12,9 ÷ 17,1] балла по шкале «Безнадежность», по шкале «Стыд» 12,58 (SD=6,08) балла, а по шкале «Внутренняя сила» 10,61 [8,73 ÷ 12,5] балла. Сравнение средних баллов по шкалам «Безнадежность» и «Стыд» не выявило статистически значимых различий ( $p=0,13$ ), в то время как сравнение результатов по шкалам «Безнадежность» и «Стыд» с результатами по шкале «Внутренняя сила» выявило статистически значимые различия ( $p=0,005$  и  $p=0,05$  соответственно). Следовательно, пациенты с ПРЛ чаще негативно оценивают свои шрамы после НССП (Рисунок 3.6).

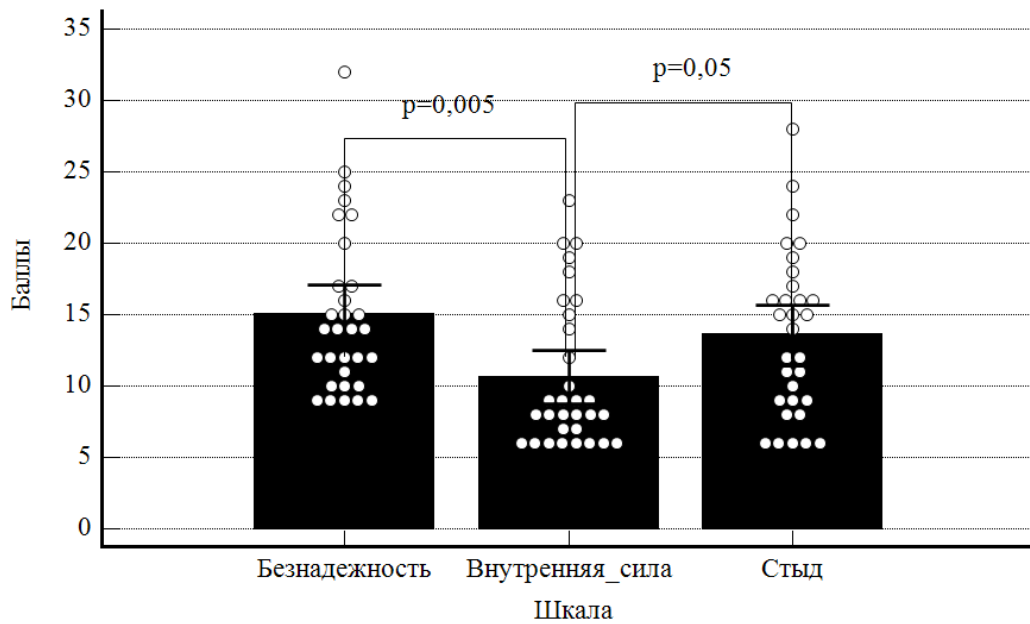


Рисунок 3.6 – Сравнение средних баллов по шкале оценки своего отношения к шрамам после НССП у пациенток с ПРЛ

Согласно результатам исследования, при виде своих шрамов, страдающие пограничным расстройством личности чаще вспоминают безнадежность, которую испытывали во время самоповреждения. Кроме того, они в основном испытывают чувство стыда, связанное со своими шрамами от самоповреждений, что может усиливать стигматизацию и суицидальные мысли. Позитивная когнитивная оценка шрамом, когда они испытывают чувство внутренней силы после НССП, что является символом силы и надежды, они испытывают значительно реже. Эти результаты могут быть полезны в процессе лечения и при проведении профилактических мероприятий для снижения частоты и риска совершения НССП. Мероприятия по маскированию или удалению шрамов могут помочь пациенткам с ПРЛ стабилизировать эмоциональную сферу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей работе было проведено комплексное и детальное описание клинико-психопатологических и психологических характеристик, а также проявлений аутоагрессивного поведения у женщин, больных пограничным расстройством личности.

Обзор научной литературы подтвердил актуальность и несомненную важность изучения различных характеристик аутоагрессивного поведения у пациенток с пограничным расстройством личности. На основе исследований, проведенных в течение последних лет, были выявлены и определены биологические и психосоциальные факторы, влияющие на развитие аутоагрессивного поведения у людей с пограничным расстройством личности.

На основе подхода, представленного в МКБ, было проведено более детальное исследование и сравнение клинических и психологических характеристик аутоагрессивного поведения женщин с пограничными чертами личности.

Сравнение всех пациенток с пограничным расстройством личности и пограничными чертами личности с участницами контрольной группы показало, что пациентки с ПРЛ и ПЧЛ имеют однородную патологическую структуру личности. Все пациентки с чертами пограничного расстройства личности, включая пациенток с ПРЛ, демонстрировали более выраженные клинические и психопатологические характеристики, что подтвердило валидность установленной первичной классификации.

Аутоагрессивное поведение пациенток с пограничным расстройством личности связано с более выраженными основными патологическими чертами личности, чем у пациенток с акцентом на пограничном характере. В эмоциональном плане пациентки с ПЧЛ демонстрировали склонность к гипомании, в то время как пациентки с ПРЛ демонстрировали депрессивные и аффективные расстройства, тревожные расстройства, импульсивные расстройства, а также расстройства, связанные с употреблением наркотиков. Пациентки с пограничным расстройством личности имеют более высокий уровень суицидальных попыток.

Риск суицида у этих пациенток выше и обусловлен несколькими факторами, в то время как у пациенток с ПЧЛ наблюдался более выраженный «антисуицидальный» фактор. Не было обнаружено различий в отношении к смерти между пациентками с ПРЛ и пациентками с ПЧЛ. Однако в отношении страха смерти группа пациенток с ПРЛ испытывала страх быть забытыми. Наконец, у пациенток с ПРЛ аутоагрессивное поведение было связано с более высоким уровне опыта насилия в детстве.

Для получения более подробных результатов было проведено сравнение пациенток с ПРЛ, коморбидного с сопутствующими психическими расстройствами, и пациенток с ПРЛ и алкогольной зависимостью. На личностном уровне пациентки с сопутствующей алкогольной зависимостью проявляли большее антагонистическое поведение. Пациентки с сопутствующими психическими расстройствами склонны чаще иметь черты зависимой личности. Пациентки с сопутствующими психическими расстройствами чаще страдают нарушениями коммуникации и сексуальной адаптации, фобиями и демонстрируют более высокую импульсивность в отношении нарушений планирования. Пациентки с коморбидной алкогольной зависимостью испытывали эмоциональную ригидность и расстройства, связанные со злоупотреблением наркотическими веществами. При оценке суицидального риска пациентки с коморбидными психическими расстройствами демонстрировали более высокий суицидальный риск в отношении фактора уникальности. Группа с коморбидной алкогольной зависимостью испытывала более сильный страх смерти. Не было различий в результатах по поводу травматического опыта в детстве.

При изучении влияния коморбидности на особенности суицидального поведения у пациенток с пограничными чертами личности было выявлено, что пациентки с коморбидной алкогольной зависимостью при ПЧЛ в большей степени выражают негативную эмоциональность, а также демонстрируют черты личности, склонные к недоверию и защитной реакции. Не было обнаружено влияния на общепсихопатологические характеристики, эмоциональное состояние и импульсивность. При изучении суицидального риска группа пациенток с ПЧЛ и

алкогольной зависимостью продемонстрировала более высокий суицидальный риск в соответствии с факторами аффективности и максимализма. С другой стороны, пациентки с психиатрическими коморбидными расстройствами испытывали страх смерти из-за ее последствий для тела. Оценка детских травм не выявила различий в зависимости от коморбидности. Таким образом, как и в случае с пограничным расстройством личности, психиатрическая коморбидность и алкогольная зависимость не оказали значительного влияния на характеристики аутоагрессивного поведения.

Помимо сравнительного анализа, применялся также метод построения моделей множественной регрессии отдельной для групп ПРЛ и ПЧЛ. Они позволили выявить, что главной психосоциальной детерминантой потенциального суицидального поведения у пациенток с ПЧЛ является уровень депрессивности, а у пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток, нарушения самоконтроля и эмоциональная лабильность, а антисуицидальной детерминантой – гипоманиакальность. Следовательно, это наиболее важные аспекты для терапевтических интервенций, влияя на которые мы можем уверенно снижать потенциальную суицидальность.

Это исследование также включало раздел, посвященный оценке отношения пациенток с пограничным расстройством личности к шрамам, оставшимся после НССП. Результаты показали, что пациентки с пограничным расстройством личности испытывают чаще негативное отношение к своим шрамам после НССП, которое выражается в безнадежности и стыде.

В результате были сформулированы более эффективные, специфические и дифференцированные терапевтические и профилактические меры, направленные на различные характеристики аутоагрессивного поведения у пациенток с пограничным расстройством личности и пациенток с пограничными чертами личности. Несмотря на некоторые ограничения, в частности тот факт, что участницы исследования были только женщинами и все принадлежали к русскому этносу, эта работа раскрывает перспективы для будущих исследований в рамках данной темы и создания высокоэффективных индивидуальных программ,

направленных на снижение риска суицида и аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности. В будущих работах можно будет провести сравнение наших результатов с данными по мужчинам с ПРЛ, также изучить этнокультуральные различия, которые также могут быть значимым модифицирующим фактором, влияющим на изучаемые явления. Отдельные контролируемые исследования могут сравнить различные тактики дифференцированной терапии, которые были предложены в наших практических рекомендациях, для получения более таргетированных подходов.

## ВЫВОДЫ

1. Пациентки с паттернами ПРЛ имеют более высокий уровень суицидального риска и преобладание отношения к смерти как к бегству и высокий страх быть забытой после смерти. У них более выраженные симптомы депрессии и тревоги, склонность к зависимостям, а также высокий уровень психических травм в детстве, особенно эмоционального насилия и эмоционального пренебрежения.

2. Пациентки с диагнозом ПРЛ, по сравнению с пациентками с ПЧЛ, с точки зрения суицидологической оценки демонстрируют более выраженную дисфункцию личности в отношении негативных аффектов, расторможенности, психотизма, симптомов тревоги и депрессии, а также импульсивности в области нарушений самоконтроля. Все это повышает риск суицида в группе ПРЛ, что проявляется в более частых суицидальных попытках, более высоком коэффициенте просуицидальной напряженности, при этом основными факторами риска суицида можно выделить аффективность, несостоятельность, нарушения временной перспективы и снижение антисуицидального фактора.

Наличие коморбидного алкоголизма при ПРЛ повышает в структуре личности их уровень антагонизма, эмоциональную ригидность и специфически повышенный страх смерти. Пациентки с ПРЛ, страдающие сопутствующими психическими расстройствами, характеризуются усилением когнитивной схемы зависимости, склонностью к проявлению мужских черт, более высоким уровнем фобических симптомов и специфическим расстройством в области планирования из-за повышенной импульсивности.

Пациентки из подгруппы ПЧЛ с коморбидным алкоголизмом демонстрируют более выраженный негативный аффект и более дисфункциональные когнитивные схемы, особенно в области недоверия и избыточной психологической защиты. Эта группа также характеризуется специфической схемой суицидального риска с акцентом на аффективности и максимализме, что указывает на преобладающий импульсивный и эмоциональный характер триггеров для аутоагрессивного поведения. Пациентки подгруппы ПЧЛ с коморбидными психическими

расстройствами демонстрируют более высокий уровень страха перед физическими последствиями смерти, что связано с ипохондрическими переживаниями.

Главной психосоциальной детерминантой суицидального поведения у пациенток с ПЧЛ является уровень депрессивности. У пациенток с ПРЛ просуицидальными детерминантами являются количество суицидальных попыток, нарушения самоконтроля по BIS-11 и эмоциональная лабильность по МИНИ-СМИЛ, антисуицидальной детерминантой - гипоманиакальность по МИНИ-СМИЛ.

3. Среди лиц с пограничным расстройством личности преобладает восприятие своих шрамов после самоповреждений как напоминание о безнадежности, которую они испытывали, а также о чувстве стыда, что может усилить стигматизацию и суицидальные мысли.

4. Для дифференцированных профилактических и терапевтических подходов, направленных на эффективное снижение риска суицидального и несуйцидального поведения у женщин с ПРЛ, целесообразно учитывать степень тяжести паттернов пограничного расстройства личности, наличие коморбидных расстройств, основные детерминанты суицидального риска и отношение к шрамам, полученным в результате несуйцидального самоповреждения.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Ключевой мишенью психотерапевтических интервенций для всех пациенток с пограничным паттерном (на уровне и расстройства личности и черт личности) должно стать переосмысление отношения к смерти как к «бегству» и проработка страха забвения, которые значимо выделяют эту группу респондентов. Для этого можно проводить в рамках экзистенциально-аналитического подхода работу по формированию личных сильных смыслов для существования (например, творчество, отношения, наследие), которые будут создавать «внутреннюю опору» и противостоят восприятию жизни как бессмысленного страдания, а смерти - как избавления. Через диалектико-поведенческие техники можно трансформировать страх быть забытым в конструктивное стремление оставить значимый след - не через трагический уход, а через позитивные действия. Важно идентифицировать и усиливать сохранившиеся области относительной сохранности – антисуицидальные «якоря» (например, социальные связи), напоминая различными доступными средствами, кто и что будет помнить о пациенте, если он выберет жизнь. Поскольку у пациенток с пограничными чертами больше травм в детском опыте, терапия должна включать методы, направленные на переработку травмы. Психофармакологическим лечением в виде названия антидепрессантов, анксиолитиков и нормотимиков можно уменьшить высокий уровень негативной аффективности и импульсивности.

2. Аутоагрессивные проявления у пациенток с пограничным паттерном представляют собой континуум, который выстроен в связи с континуальным клиническим проявлением личностно аномального поведения между ПЧЛ и ПРЛ и связан также с уровнем перенесенного в детстве травматического опыта.

Для *пациенток с ПРЛ* психотерапия должна быть более интенсивной и мультимодальной, с фокусом на коррекцию выраженных личностных нарушений и высокого суицидального риска. Центральной мишенью становится более выделяющийся страх забвения после смерти, который необходимо экзистенциально переработать. Ключевой задачей является структурная работа с

тяжелой детской травмой, лежащей в основе личностной дезадаптации, с помощью методов, направленных на её интеграцию (схема-терапия, ДПТ). Терапия должна быть направлена на формирование навыков регуляции интенсивного негативного аффекта и импульсивности, а также на перестройку дисфункциональных когнитивных схем несостоятельности и нарушенной временной перспективы. Главными просуицидальными детерминантами в модели суицидогенеза в этой группе выступают нарушения самоконтроля эмоциональная лабильность, при этом высокие показатели по гипоманиакальности могут снижать суицидальный риск.

Для *пациенток с ПЧЛ* вмешательство может быть более краткосрочным и фокусным, с акцентом на усиление уже имеющихся адаптивных ресурсов и антисуицидальных факторов. Главным предиктором высокой аутоагрессии является депрессивность. Психотерапия здесь направлена на профилактику декомпенсации через укрепление саморегуляции, развитие навыков совладания со стрессом и проработку актуальных межличностных конфликтов.

3. Для *пациенток с ПРЛ, отягощенных алкогольной зависимостью (ПРЛ-АЛК)*, психотерапия должна быть направлена на работу с такими личностными паттернами, как «антагонизм» и «эмоциональная ригидность». Интервенции должны помогать найти новые формы поддержания трезвости как сопротивление страху быть забытым, а также осознанное построение идентичности, снижая потребность в аутоагрессии как способе отреагирования эмоций.

Для *пациенток с ПРЛ и психиатрической коморбидностью (ПРЛ-ПСИХ)* ключевыми мишенями становятся зависимые паттерны личности, фобическая симптоматика и нарушения планирования, где страх забвения может проявляться как страх исчезновения в симбиотических отношениях. Терапия должна фокусироваться на развитии автономии и навыков совладания с тревогой, переводя страх не оставить следа в умение выстраивать реалистичные жизненные планы и проекты.

4. Для *пациенток с пограничными чертами личности и алкогольной зависимостью (ПЧЛ-АЛК)* психотерапевтический фокус должен быть направлен в первую очередь на коррекцию дисфункциональных когнитивных схем недоверия и

избыточной защиты, а также на регуляцию негативного аффекта, лежащего в основе импульсивной аффективности и максимализма. Центральной задачей является проработка экзистенциального страха, скрытого за аддиктивным поведением, и смещение мотивации от поиска забвения в опьянении к созданию осмысленных жизненных опор в трезвости.

Для пациенток с пограничными чертами личности и психиатрической коморбидностью (ПЧЛ-ПСИХ) ключевой мишенью становится работа с ипохондрическими переживаниями и страхом телесных последствий смерти, что требует интеграции когнитивно-поведенческих и телесных техник для снижения тревоги за здоровье.

5. Учитывая преобладающую ассоциацию *шрамов от НССП* с негативными переживаниями безнадежности и стыда у пациенток с ПРЛ, психотерапия должна быть нацелена на реконструкцию их восприятия. Ключевой задачей является смещение когнитивного паттерна с автоматической актуализации травматичного прошлого и самостигматизации к формированию мнения, где шрам может стать маркером пережитой боли и символом выздоровления. Целесообразно включать техники переоценки и интеграции телесного опыта, например, через направленную на ментализацию или диалектико-поведенческую терапию, чтобы помочь пациенту увидеть в шраме не только знак поражения перед эмоциональными проблемами, но и свидетельство «выживания» и «внутренней борьбы». Варианты дерматологической коррекции или маскировки шрамов могут рассматриваться как вспомогательные, способные снизить триггерное воздействие и эмоциональную нагрузку, что создает более стабильную основу для глубинной психотерапевтической работы. Однако, основной фокус должен оставаться на психологической переработке, чтобы предотвратить замещение старых шрамов новыми, разрывая порочный круг стыда, «душевной боли» и повторения аутоагрессии.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АА – аутоагрессия

АКТГ – аденокортикотропного гормона

БАР – биполярного расстройства

ВОЗ – всемирной организацией здравоохранения

ГГНО – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси

Группа ПЧЛ-АЛК – группа пациенток с пограничными чертами личности с алкогольной зависимостью

ДИ – доверительный интервал

ДИП-П –пересмотренное диагностическое интервью для лиц с прл

ДПТ – диалектическая поведенческая терапия

КПСН – коэффициент просуицидальной напряженности

КПТ – когнитивно-поведенческой терапии

МИНИ-СМИЛ – стандартизированный многофакторный метод исследования личности

МКБ - 10 – международной классификации болезней 10-го пересмотра

МКБ - 11 – международной классификации болезней 11-го пересмотра

НРЛ – нарциссическим расстройством личности

НССП – несуйцидальное самоповреждение

ОР – отношение рисков

ОСН – опросник суйцидального риска

ОШ – отношение шансов

ПРЛ – пограничное расстройство личности

ПРЛ-АЛК – группа пациенток с пограничным расстройством личности и алкогольной зависимостью

ПРЛ-ЛИЧН – группа пациенток с пограничным расстройством личности без коморбидных расстройств

ПРЛ-ПСИХ – группа пациенток с пограничным расстройством личности с психическими коморбидными расстройствами

ПРЛ-ШРАМЫ – группа пациенток с пограничным расстройством личности, имеющих шрамы после несуицидального самоповреждения

ПС – попытка суицида

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

ПЧЛ – пограничные черты личности

ПЧЛ-ПСИХ – группа пациенток с пограничными чертами личности с сопутствующими психическими расстройствами

ПЧЛ-ЛИЧН – группа пациенток с пограничными чертами личности без коморбидных расстройств

РПП – расстройства пищевого поведения

ТМ – терапия на основе ментализации

AAQ – опросник привязанности для взрослых

АРА – американской психиатрической ассоциацией

AUDIT – тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя

BIS-11 – шкала импульсивности барратта

BPQ – опросник пограничной личности

BSL-23 – перечень симптомов пограничного расстройства личности - 23

BSL-95 – перечень симптомов пограничного расстройства личности - 95

CLPS – collaborative longitudinal personality disorders study

CTQ – опросник детской травмы

CTQ-SF – сокращенный опросник о травмах в детстве

DERS – шкала трудностей в регуляции эмоций

DSM-5 – диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам

DUDIT – тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков

IPDE – международный опросник о личностных расстройствах

MSI-BPD – скрининговый инструмент маклина для выявления пограничного личностного расстройства

NEO-FFI – пятифакторный опросник нео

NMDA – N-метил-D-аспартатные

NSSI-SCS – шкала когнитивного восприятия шрамов от несуицидального самоповреждения

p – статистическая значимость

PANAS – шкала позитивного аффекта и негативного аффекта

PBI – юношеский отчет о родительском отношении

PBQ-BPD – опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности

PDQ-4+ – опросник личностных расстройств

PID-5 – BF – краткий опросник личностных расстройств для DSM-5

SCL-90-R – симптоматический опросник SCL-90-R

SD – standard deviation (стандартное отклонение)

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Голенков, А. В. Несуицидальные самопорезы среди убийц: клинико-социальные закономерности / А. В. Голенков, В. А. Козлов. – Текст : электронный // Академический журнал Западной Сибири. – 2023. – Т. 19, № 01(98). – URL: [https://s2.siteapi.org/81bca458a01d435/docs/7r7ddfragpw\\_kkc\\_4w4448kggo4skw0k](https://s2.siteapi.org/81bca458a01d435/docs/7r7ddfragpw_kkc_4w4448kggo4skw0k) (дата обращения: 26.01.2026).
2. Динамика аутоагрессивного поведения в юности в траектории пограничного расстройства личности / А. А. Кулешов, Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили [и др.]. – Текст : непосредственный // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2022. – Т. 56, № 4. – С. 77–84.
3. Ениколопов, С.Н. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11) / С.Н. Ениколопов, Т.И. Медведева. – Текст : электронный // Психология и право. – 2015. – № 3. – С. 75-89. – DOI: 10.17759/psylaw.2015050307.
4. Изучение психометрических характеристик русскоязычной версии опросника PID-5-BF / Г. В. Кустов, М. С. Зинчук, Е. В. Пашнин [и др.] . – Текст : электронный // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2022. – Т. 19, № 3. – С. 521–542. – URL: <https://psy-journal.hse.ru/2022-19-3/782568793.html> (дата обращения: 17.01.2026).
5. Искандерова, Р. Э. Личностно-психологические факторы суицидального риска у пациентов с пограничным типом эмоционально неустойчивого расстройства личности / Р. Э. Искандерова. – Текст : непосредственный // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18, № 11. – С.36-40.
6. Каледа, В. Г. Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте: особенности психопатологии и закономерности течения / В. Г. Каледа, А. А. Кулешов, Е. С. Крылова. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2023. – Т.123, № 4. – С.91–97.
7. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством

личности / Е. А. Шитов, А. В. Меринов, Д. И. Шустов, И. А. Федотов. – Текст : непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – Т. 23, № 4. – С. 87-90. – EDNVBCXBV.

8. Клиническая психометрика: учебное пособие / А. А. Булейко, Я. В. Вычужина, Е. Н. Загоруйко [и др.]; под общей редакцией В. А. Солдаткина. – Ростов н/Д.: Феникс, 2018. – 339 с. – Текст : непосредственный.

9. Клинические характеристики аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности: обзор современных исследований / Ф. Трабелси, Д.И. Шустов, А.В. Меринов [и др.]. – Текст : непосредственный // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – Т. 17, № 5. – С. 589-601.

10. Когнитивный профиль пациентов с пограничным расстройством личности / Н. Н. Петрова, Д. И. Чарная, Е. М. Чумаков, Л. А. Азарова. – Текст : непосредственный // Психиатрия. – 2024. – Т. 22, № 3. – С. 6-13.

11. Кони́на, М. А. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки / М. А. Кони́на, А. Б. Холмогорова. – Текст : непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 126-143.

12. Меринов, А. В. Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть I. Плюс / минус модели суицидогенеза, главный вопрос суицидологии / А. В. Меринов. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2025. – Т. 16, № 3(60). – С. 3-29.

13. Меринов, А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / А.В. Меринов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – СПб.: Экспертные решения, 2017. – 192 с. – Текст : непосредственный.

14. Осин, Е.Н. Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS / Е.Н. Осин. – Текст : непосредственный // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2012. – № 9. – С. 91-110.

15. Особенности аутоагрессивного поведения при пограничном и нарциссическом расстройстве личности в юношеском возрасте / Е. С. Крылова, А.

А. Кулешов, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа. – Текст : непосредственный // Психическое Здоровье. – 2020. – № 12. – С. 37-47.

16. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике / Н. Н. Петрова, Д. И. Чарная, А. Е. Хоменко [и др.]. – Текст : непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 12. – С. 111-116.

17. Положий, Б. С. Интегративная модель суицидального поведения / Б. С. Положий. – Текст : непосредственный // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №4. – С. 55-62. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/integrativnaya-model-suitsidalnogo-povedeniya> (дата обращения: 18.01.2026).

18. Положий, Б.С. Национальное руководство по суицидологии / Б.С. Положий. – Москва: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. – 600 с. – Текст : непосредственный.

19. Понизовский, П. А. Коморбидность пограничного расстройства личности: клинический случай / П. А. Понизовский. – Текст : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32, № 4. – С. 41-49.

20. Психометрические характеристики опросника детской травмы в российской выборке / Е. Д. Касьянов, Г. В. Рукавишников, А. О. Кибитов, Г. Э. Мазо. – Текст : непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2024. – №2. – С. 13-22. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihometricheskie-harakteristiki-oprosnika-detskoj-travmy-v-rossiyskoj-vyborke> (дата обращения: 17.01.2026).

21. Разуваева, Т.Н. Диагностика личности / Т.Н. Разуваева. – Шадринск: Исеть, 1993. – 26 с. – Текст : непосредственный.

22. Романов, Д. В. Проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности / Д. В. Романов. – Текст : непосредственный // Известия Самарского научного центра Российской Академии Наук. – 2015. – №5-3. – С. 853-856. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-obektivizatsii-diagnostiki-pogranichnogo-rasstroystva-lichnosti> (дата обращения: 17.01.2026).

23. Собчик, Л.Н. Психодиагностика в медицине. Практическое

руководство / Л.Н. Собчик. – Москва: Боргес, 2007. – 416 с. – Текст : непосредственный.

24. Создание кратких русскоязычных версий опросников "Отношение к смерти" и "Страх личной смерти" / К. А. Чистопольская, О. В. Митина, С. Н. Ениколопов [и др.]. – Текст : непосредственный // Суицидология. – 2017. – №4 (29). – С. 43-54. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sozdanie-kratkih-russkojazychnyh-versiy-oprosnikov-otnoshenie-k-smerti-i-strah-lichnoy-smerti> (дата обращения: 17.01.2026).

25. Тарабарина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабарина. – Санкт-Петербург: Питер, 2001. – 268 с.– Текст : непосредственный.

26. Трабелси, Ф. Нейробиологические и психосоциальные механизмы патогенеза аутоагрессивного поведения при пограничном расстройстве личности (обзор литературы) / Ф. Трабелси, Д. Ю. Кряжкова, И. А. Федотов. – Текст : непосредственный // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2024. – Т. 12, –№ 1. – С. 121–134. – DOI: <https://doi.org/10.23888/HMJ2024121121-134.tur>

27. Шустов, А. Д. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и пограничного расстройства личности: эпидемиологические и клинические особенности / А. Д. Шустов, Т. В. Клименко. – Текст : непосредственный // Вопросы наркологии. – 2019. – № 9(180). – С. 18-30.

28. A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) / М. С. Zanarini, А. А. Vujanovic, Е. А. Parachini [et al.]. – Text : visual // Journal of Personality Disorders. – 2003. – Vol. 17, № 6. – P. 568-573.

29. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder / А. С. Butler, G. K. Brown, А. Т. Beck, J. R. Grisham. – Text : visual // Behaviour Research and Therapy. – 2002. – Vol. 40, № 10. – P. 1231-1240.

30. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up / S. Yen, J. R. Peters, S. Nishar [et al.]. – Text : visual // The

Journal of the American Medical Association (JAMA) Psychiatry. – 2021. – Vol. 78, № 2. – P. 187.

31. Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance / M. Sekowski, M. Gambin, E. Sumlin, C. Sharp. – Text : visual // Psychiatry Research. – 2022. – Vol. 312. – P. 114558.

32. Attachment, Parental Bonding, Childhood Abuse and Borderline Personality Disorder Tendency / W. Liu, C. Zhe, R. Cai [et al.]. – Text : visual // Chinese Journal of Clinical Psychology. – 2011. – Vol. 2. – P. 218-220.

33. Attachment-Related Regulatory Processes Moderate the Impact of Adverse Childhood Experiences on Stress Reaction in Borderline Personality Disorder / J. C. Ehrental, K. N. Levy, L. N. Scott, D. A. Granger. – Text : visual // Journal of Personality Disorders. – 2018. – Vol. 32 (Suppl). – P. 93-114.

34. Bachtelle, S. E. The Physical Results of Nonsuicidal Self-Injury: The Meaning Behind the Scars / S. E. Bachtelle, C. M. Pepper. – Text : visual // Journal of Nervous & Mental Disease. – 2015. – Vol. 203, № 12. – P. 927-933.

35. Bateman, A. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder / A. Bateman, P. Fonagy. – Oxford : University Press, 2004. – URL: <https://academic.oup.com/book/1288> (date accessed: 23.06.2024). – Text : electronic.

36. Bayes, A. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder: Diagnosis using machine learning / A. Bayes, M. Spoelma, G. Parker. – Text : visual // Journal of Psychiatric Research. – 2022. – Vol. 152. – P. 1-6.

37. Beck, A.T. The personality belief questionnaire / A.T. Beck, J.S. Beck; The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. – Bala Cynwyd, PA: Scientific Research Publishing, 1991. – URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=49894> (date accessed: 18.01.2026). – Text : electronic.

38. Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. – Springer Nature Link. – URL:

<https://link.springer.com/article/10.1186/2051-6673-1-2> (date accessed: 18.01.2026). – Text : electronic.

39. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms / N. Cattane, R. Rossi, M. Lanfredi, A. Cattaneo. – Text : visual // BioMed Central (BMC) Psychiatry. – 2017. – Vol. 17, № 1. – P. 221.

40. Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment / T. Kienast, J. Stoffers, F. BERPpohl, K. Lieb. – Text : visual // Deutsches Arzteblatt International. – 2014. – Vol. 111, № 16. – P. 280-286.

41. Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters / A. Aouidad, D. Cohen, B. Mirkovic [et al.]. – Text : visual // BioMed Central (BMC) Psychiatry. – 2020. – Vol. 20, № 1. – P. 525.

42. Borderline Personality Disorder and Violence Toward Self and Others: A National Study / T. C. Harford, C. M. Chen, B. T. Kerridge, B. F. Grant. – Text : visual // Journal of Personality Disorders. – 2019. – Vol. 33, № 5. – P. 653-670.

43. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality / C. Kaplan, N. Tarlow, J. G. Stewart [et al.]. – Text : visual // Comprehensive Psychiatry. – 2016. – Vol. 71. – P. 86-94.

44. Borderline personality disorder traits in adolescents with anorexia nervosa / E. Lekgabe, D. Pogós, S. M. Sawyer [et al.]. – Text : visual // Brain and Behavior. – 2021. – Vol. 11, № 12. – P. e2443.

45. Borderline personality disorder: A dysregulation of the endogenous opioid system? / B. Bandelow, C. Schmahl, P. Falkai, D. Wedekind. – Text : visual // Psychological Review. – 2010. – Vol. 117, № 2. – P. 623-636.

46. Borderline Personality Disorder: A Review / F. Leichsenring, N. Heim, F. Leweke [et al.]. – Text : visual // The Journal of the American Medical Association (JAMA). – 2023. – Vol. 329, № 8. – P. 670.

47. Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment / K. F. Hecht, D. Cicchetti, F. A. Rogosch, N. R. Crick. – Text : visual // Development and Psychopathology. – 2014.

– Vol. 26, № 3. – P. 805-815.

48. Bozzatello, P. Trauma and psychopathology associated with early onset BPD: an empirical contribution / P. Bozzatello, P. Rocca, S. Bellino. – Text : visual // Journal of Psychiatric Research. – 2020. – Vol. 131. – P. 54-59.

49. Burke, T. A. Initial Psychometric Validation of the Non-Suicidal Self-Injury Scar Cognition Scale / T. A. Burke, T. M. Olino, L. B. Alloy. – Text : visual // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 2017. – Vol. 39, № 3. – P. 546-562.

50. Cameron, A. Y. The Relationship Among Shame, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicidal Behaviors in Borderline Personality Disorder / A. Y. Cameron, S. Erisman, K. Palm Reed. – Text : visual // Psychological Reports. – 2020. – Vol. 123, № 3. – P. 648-659.

51. Characteristics and development of nonsuicidal super self-injury among borderline inpatients / K. Merza, G. Papp, J. Molnár, I. KuritárnéSzabó; University of Debrecen, Faculty of Public Health, Institute of Behavioral Sciences, Debrecen, Hungary. – Text : visual // Psychiatria Danubina. – 2017. – Vol. 29, № 4. – P. 480-489.

52. Characteristics and outcomes of individuals screening positive for borderline personality disorder on an adult inpatient psychiatry unit: a cross-sectional study / J. J. Chen, S. A. Mermin, L. A. Duffy [et al.]. – Text : visual // BioMed Central (BMC) Psychiatry. – 2025. – Vol. 25, № 1. – P. 452.

53. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning / R. L. Tomko, T. J. Trull, P. K. Wood, K. J. Sher. – Text : visual // Journal of Personality Disorders. – 2014. – Vol. 28, № 5. – P. 734-750.

54. Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in borderline personality disorder / K. Nicol, M. Pope, L. Romaniuk, J. Hall. – Text : visual // Translational Psychiatry. – 2015. – Vol. 5, № 5. – P. e559-e559.

55. Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome / C. W. Slotema, J. D. Blom, M. B. A. Niemantsverdriet [et al.]. – Text : electronic // Frontiers in Psychiatry. – 2018. – Vol. 9. – URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy>.

2018.00084/full (date accessed: 18.01.2026).

56. Comorbid early psychosis and borderline personality disorder: Conceptualizing clinical overlap, etiology, and treatment - West - 2021 - Personality and Mental Health. - Wiley Online Library. - URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.1509> (date accessed: 18.01.2026). - Text : electronic.

57. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population / J. Pagura, M. B. Stein, J. M. Bolton [et al.]. - Text : visual // Journal of Psychiatric Research. - 2010. - Vol. 44, № 16. - P. 1190-1198.

58. Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder / J. Lieslehto, J. Tiihonen, M. Lähteenvuo [et al.]. - Text : visual // The Journal of the American Medical Association (JAMA) network open. - 2023. - Vol. 6, № 6. - P. e2317130.

59. Cook, N. E. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence / N. E. Cook, M. Gorraiz. - Text : visual // Child and Adolescent Mental Health. - 2016. - Vol. 21, № 2. - P. 81-89.

60. Derogatis, L. R. Symptom Checklist-90-Revised / L. R. Derogatis, R. Unger. - Text: electronic // The Corsini Encyclopedia of Psychology. - John Wiley & Sons, Ltd, 2010. - P. 1-2. - URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470479216.corpsy0970> (date accessed: 17.01.2026).

61. DeShong, H. L. Borderline personality disorder traits and suicide risk: The mediating role of insomnia and nightmares / H. L. DeShong, R. P. Tucker. - Text : visual // Journal of Affective Disorders. - 2019. - Vol. 244. - P. 85-91.

62. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire / D.P. Bernstein, J.A. Stein, M.D. Newcomb [et al.]. - Text : visual // Child Abuse and Neglect. - 2003. - Vol. 27. - P. 169-190.

63. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / American Psychiatric Association. - Fifth Edition, Text Revision. - Washington, DC: American

Psychiatric Association, 2022. – 1051 p. – URL: <https://www.zotero.org/briancroxall/items/P7AD22C8/item-details> (date accessed: 31.01.2025). – Text : electronic.

64. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis / M. M. Linehan, K. E. Korlund, M. S. Harned [et al.]. – Text : visual // The Journal of the American Medical Association (JAMA) Psychiatry. – 2015. – Vol. 72, № 5. – P. 475.

65. Differentiating between intrapsychic symptoms and behavioral expressions of borderline personality disorder in relation to childhood emotional maltreatment and emotion dysregulation: an exploratory investigation / R. E. Goldbach, C. Neukel, A. Panizza [et al.]. – Text : visual // European Journal of Psychotraumatology. – 2023. – Vol. 14, № 2. – P. 2263317.

66. Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). – URL: [https://www.euda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit\\_en](https://www.euda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit_en) (date accessed: 17.01.2026). – Text : electronic.

67. Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis / S.-Y. Chen, Y. Cheng, W.-W. Zhao, Y.-H. Zhang. – Text : visual // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. – 2021. – Vol. 28, № 6. – P. 1128-1139.

68. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis / O. D. Kothgassner, A. Goreis, K. Robinson [et al.]. – Text : visual // Psychological Medicine. – 2021. – Vol. 51, № 7. – P. 1057-1067.

69. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis / I. A. Cristea, C. Gentili, C. D. Cotet [et al.]. – Text : visual // The Journal of the American Medical Association (JAMA) Psychiatry. – 2017. – Vol. 74, № 4. – P. 319.

70. Elevated rate of alcohol consumption in borderline personality disorder patients in daily life / R. W. Carpenter, C. J. Trela, S. P. Lane [et al.]. – Text : visual // Psychopharmacology. – 2017. – Vol. 234, № 22. – P. 3395-3406.

71. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel. – Text : visual // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137, № 5. – P. 535-544.
72. Exploring the boundaries between borderline personality disorder and suicidal behavior disorder / D. Ducasse, J. Lopez-Castroman, D. Dassa [et al.]. – Text : visual // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2020. – Vol. 270, № 8. – P. 959-967.
73. Florian, V. Fear of personal death: Attribution, structure, and relation to religious belief / V. Florian, S. Kravetz. – Text : visual // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1983. – Vol. 44, № 3. – P. 600-607.
74. Fulham, L. The relationship between emptiness and suicide and self-injury urges in borderline personality disorder / L. Fulham, J. Forsythe, S. Fitzpatrick. – Text : visual // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2023. – Vol. 53, № 3. – P. 362–371.
75. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder / L. Sher, S. B. Rutter, A. S. New [et al.]. – Text : visual // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2019. – Vol. 139, № 2. – P. 145-153.
76. Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder / K. Belohradova Minarikova, J. Prasko, M. Holubova [et al.]. – Text : visual // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2022. – Vol. 18. – P. 787-799.
77. Herpertz, S. C. A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin / S. C. Herpertz, K. Bertsch. – Text : visual // *American Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 172, № 9. – P. 840-851.
78. ICD-10 Version : 2016. – URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en> (date accessed: 17.01.2026). – Text : electronic.
79. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11) / WHO, 2024. – URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. – Text : electronic.
80. Kellogg, S. H. Schema therapy for borderline personality disorder / S. H. Kellogg, J. E. Young. – Text : visual // *Journal of Clinical Psychology*. – 2006. – Vol. 62, № 4. – P. 445-458.

81. Klein, D. A. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder / D. A. Klein, A. L. Miller. – Text : visual // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. – 2011. – Vol. 20, № 2. – P. 205-216.
82. Linehan, M. M. Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients / M. M. Linehan. – Text : visual // *Archives of General Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50, № 12. – P. 971.
83. Linington, C. Impacts of Self-Harm Scars on Psychosocial Functioning, Quality of Life, and Recovery in People With Histories of Self-Harm: A Scoping Review / C. Linington. – Text : electronic // *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*. – 2024. – Vol. 12, № 2. – URL: <https://pacja.org.au/article/125796-impacts-of-self-harm-scars-on-psychosocial-functioning-quality-of-life-and-recovery-in-people-with-histories-of-self-harm-a-scoping-review> (date accessed: 10.09.2025).
84. Lobbestael, J. Disentangling the Relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders / J. Lobbestael, A. Arntz, D. P. Bernstein. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 2010. – Vol. 24, № 3. – P. 285-295.
85. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity / B. J. Turner, K. L. Dixon-Gordon, S. B. Austin [et al.]. – Text : visual // *Psychiatry Research*. – 2015. – Vol. 230, № 1. – P. 28-35.
86. O’Connell, B. Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder / B. O’Connell, M. Dowling. – Text : visual // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2014. – Vol. 21, № 6. – P. 518-525.
87. Pascual, J. C. Twenty-Year Trends in the Psychopharmacological Treatment of Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Cross-Sectional Naturalistic Study in Spain / J. C. Pascual, A. Martín-Blanco, J. Soler. – Text : visual // *Central Nervous System (CNS) drugs*. – 2021. – Vol. 35, № 9. – P. 1023-1032.
88. Patton, J. H. Factor structure of the barratt impulsiveness scale / J. H. Patton, M. S. Stanford, E. S. Barratt. – Text : visual // *Journal of Clinical Psychology*. – 1995. – Vol. 51, № 6. – P. 768-774.

89. Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts / N. Baus, M. Fischer-Kern, A. Naderer [et al.]. – Text : visual // *Psychiatry Research*. – 2014. – Vol. 218. – № 1-2. – P. 129-133.
90. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder / J. M. Stoffers-Winterling, O. J. Storebø, J. Pereira Ribeiro [et al.]. – Text : visual // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2022. – Vol. 11, № 11. – P. CD012956.
91. Psychometric Properties of the Borderline Symptom List (BSL) / M. Bohus, M. F. Limberger, U. Frank [et al.]. – Text : visual // *Psychopathology*. – 2007. – Vol. 40, № 2. – P. 126-132.
92. Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis / J. M. Stoffers-Winterling, O. J. Storebø, M. T. Kongerslev [et al.]. – Text : visual // *The British Journal of Psychiatry*. – 2022. – Vol. 221, № 3. – P. 538-552.
93. Rao, S. Borderline personality disorder and depressive disorder / S. Rao, J. Broadbear. – Text : visual // *Australasian Psychiatry*. – 2019. – Vol. 27, № 6. – P. 573-577.
94. Rathus, J. H. Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents / J. H. Rathus, A. L. Miller. – Text : visual // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2002. – Vol. 32, № 2. – P. 146-157.
95. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits / B. Stringer, B. van Meijel, M. Eikelenboom [et al.]. – Text : visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2013. – Vol. 151, № 1. – P. 23-30.
96. Reichl, C. Self-harm in the context of borderline personality disorder / C. Reichl, M. Kaess. – Text : visual // *Current Opinion in Psychology*. – 2021. – Vol. 37. – P. 139-144.
97. Relations among maternal withdrawal in infancy, borderline features, suicidality/self-injury, and adult hippocampal volume: A 30-year longitudinal study / J. E. Khoury, P. Pechtel, C. M. Andersen [et al.]. – Text : visual // *Behavioural Brain*

Research. – 2019. – Vol. 374. – P. 112139.

98. Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders / I. Baryshnikov, G. Joffe, M. Koivisto [et al.]. – Text : visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2017. – Vol. 210. – P. 82-89.

99. Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents / M. C. Zanarini, C. M. Temes, L. R. Magni [et al.]. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 2020. – Vol. 34 (Suppl. B). – P. 17-24.

100. Sanchious, S. N. Recognizing Borderline Personality Disorder in Men: Gender Differences in BPD Symptom Presentation / S. N. Sanchious, M. Zimmerman, S. Khoo. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 2024. – Vol. 38, № 2. – P. 195-206.

101. Screening for Borderline Personality Disorder in Psychiatric Outpatients With Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder / M. Zimmerman, C. Balling, K. Dalrymple, I. Chelminski. – Text : visual // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2019. – Vol. 80, № 1. – P. 18m12257.

102. Self-harm and suicidal behavior in borderline personality disorder with and without bulimia nervosa. / D. L. Reas, G. Pedersen, S. Karterud, Ø. Rø. – Text : visual // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2015. – Vol. 83, № 3. – P. 643-648.

103. Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder / L. Colle, D. Hilviu, R. Rossi [et al.]. – Text : visual // *Frontiers in Psychiatry*. – 2020. – Vol. 11. – P. 449.

104. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review / X. Qian, M. L. Townsend, W. J. Tan, B. F. S. Grenyer. – Text : visual // *Public Library of Science (PloS) One*. – 2022. – Vol. 17, № 12. – P. e0279015.

105. Shah, R. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions: Borderline Personality Disorder / R. Shah, M. C. Zanarini. – Text : visual // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2018. – Vol. 41, № 4. – P. 583-593.

106. Sleep Problems in Childhood and Borderline Personality Disorder Symptoms in Early Adolescence // *Research on Child and Adolescent Psychopathology*.

– Springer Nature Link. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-016-0158-4> (date accessed: 18.01.2026). – Text : electronic.

107. Soloff, P. Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder / P. Soloff, R. White, V. A. Diwadkar. – Text : visual // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. – 2014. – Vol. 222, № 3. – P. 131-139.

108. Symptomatic disorders in adults and adolescents with borderline personality disorder / M. C. Zanarini, A. Athanasiadi, C. M. Temes [et al.]. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 2021. – Vol. 35 (Suppl B). – P. 48-55.

109. Temes, C. M. Évolution du trouble de la personnalité borderline et de ses comorbidités au cours du temps / C. M. Temes, M. C. Zanarini. – Text : electronic // *Trouble de la Personnalité Borderline - Pratiques Thérapeutiques*. – Elsevier, 2019. – P. 1-15. – URL: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978229476266600001X> (date accessed: 02.06.2024).

110. The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder / B. Kaplan, M. Yazici Gulec, S. Gica, H. Gulec. – Text : visual // *Brazilian Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 42, № 5. – P. 503-509.

111. The BPQ: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria / A. M. Poreh, D. Rawlings, G. Claridge [et al.]. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 2006. – Vol. 20, № 3. – P. 247-260.

112. The Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID-5-BF) – Adult / R. F. Krueger, J. Derringer, K. E. Markon [et al.]; American Psychiatric Association. – 2013. – URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Feedback-Form.aspx>. – Text : electronic.

113. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample / L. J. Brickman, B. A. Ammerman, A. E. Look [et al.]. – Text : visual // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. – 2014. – Vol. 1, № 1. – P. 14.

114. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders / M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg, D. L. Chauncey. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 1989. – Vol. 3, № 1. – P.

10-18.

115. The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties / M. Bohus, N. Kleindienst, M. F. Limberger [et al.]. – Text : visual // *Psychopathology*. – 2009. – Vol. 42, № 1. – P. 32-39.

116. The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder / M. R. Infurna, R. Brunner, B. Holz [et al.]. – Text : visual // *Journal of Personality Disorders*. – 2016. – Vol. 30, № 2. – P. 177-192.

117. Thérapie basée sur la mentalisation et le trouble de personnalité limite / C. De Oliveira, H. Rahioui, M. Smadja [et al.]. – Text : visual // *L'Encéphale*. – 2017. – Vol. 43, № 4. – P. 340-345.

118. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: A review of the evidence and future recommendations / M. O. Gianoli, J. S. Jane, E. O'Brien, E. Ralevski. – Text : visual // *Experimental and clinical psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 20, № 4. – P. 333-344.

119. Treatment outcomes of dialectical behaviour therapy for adolescents presenting with characteristics of borderline personality disorder: A naturalistic study / R. van der Hout, F. Barnasconi, J. Noorloos [et al.]. – Text : visual // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. – 2023. – Vol. 28, № 2. – P.707-720. – DOI: 10.1177/13591045221109871.2023.

120. Validation of the Non-Suicidal Self-Injury Scar Cognition Scale (NSSI-SCS) in a Russian-Speaking Sample / A. A. Grigoreva, A. K. Kondratovich, F. M. Trabelsi [et al.]. – Text : visual // *Psychology in Russia: State of the Art*. – 2025. – Vol. 18, № 4. – P. 142-167.

121. Watson, D. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales / D. Watson, L. A. Clark, A. Tellegen. – Text : visual // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1988. – Vol. 54, № 6. – P. 1063-1070.

122. Wong, P.T. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death / P.T. Wong, G.T. Reker, G. Gesser. – Text : visual // *Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application* / ed. R. Neimeyer. – N.Y.:

TaylorandFrancis, 1994. – P. 121-148.

123. Yan, H. The Relationship between Parental Rearing Styles and Borderline Personality Disorder Symptom in Adolescents: The Mediating Effect of Peer Relationship and Rejection Sensitivity / H. Yan, G. Ran. – Text : visual // Chinese Journal of Clinical Psychology. – 2023. – Vol. 3. – P. 549-554. – DOI:10.16128/j.cnki.1005-3611.2023.03.009.

124. Yen, S. Borderline personality disorder in suicidal adolescents / S. Yen, K. Gagnon, A. Spirito. – Text : visual // Personality and Mental Health. – 2013. – Vol. 7, № 2. – P. 89-101.

125. Young, J.E. Reinventing your life / J.E. Young, J.S. Klosko. – New York: Dutton, 1993. – 368 p. – Text : visual.

126. Zung, W. W. K. A Rating Instrument For Anxiety Disorders / W. W. K. Zung. – Text : visual // Psychosomatics. – 1971. – Vol. 12, № 6. – P. 371-379.

127. Zung, W. W. K. A Self-Rating Depression Scale / W. W. K. Zung. – Text : visual // Archives of General Psychiatry. – 1965. – Vol. 12, № 1. – P. 63.