

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

На правах рукописи

Кулешов Алексей Андреевич

**ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ
ВОЗРАСТЕ**
**(траектория развития, критерии дифференциальной диагностики, вопросы
комплексной терапии).**

по научной специальности: «Психиатрия и наркология» - 3.1.17.

(медицинские науки)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук
Василий Глебович Каледа

Москва
2023 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1	15
Обзор литературы	15
ГЛАВА 2	38
Характеристика материала и методы исследования	38
2.1 Критерии отбора	38
2.2 Общая характеристика материала.....	39
2.3 Методы исследования:	41
ГЛАВА 3	45
Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте.....	45
3.1 Общая характеристика динамики психопатологических синдромов при ПРЛ в юношеском возрасте.....	45
3.2 Типологические дифференциации ПРЛ.....	54
3.2.1 Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» (28 пациентов — 38,4%) .	55
3.2.2 Пограничное расстройство личности с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» (16 пациентов — 21,9%).....	57
3.2.3 Пограничное расстройство личности с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации (29 пациентов — 39,7%).....	59
3.3 Особенности аутоагрессивного поведения в зависимости от типологических разновидностей ПРЛ	62
ГЛАВА 4.....	65
Клинико-патогенетические особенности формирования пограничного расстройства личности с прогностической оценкой динамики на протяжении юношеского возраста.....	65
4.1 Особенности формирования пограничного личностного расстройства	65
4.2.1 Юношеская динамика ПРЛ с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» (I тип).....	71
4.2.2 Юношеская динамика ПРЛ с явлениями «адреналиномании» (II тип).....	73
4.2.3 Юношеская динамика ПРЛ с доминированием нарушений самоидентификации (III тип)	74
4.3 Динамика основных психопатологических синдромов ПРЛ после завершения юношеского возраста.....	77

4.3.1 Динамика пограничного расстройства личности с явлениями «аффективного шторма» — 19 пациентов (I тип)	78
4.3.2 Динамика пограничного расстройства личности с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» — 27 пациентов (II тип)	80
4.3.3 Динамика ПРЛ с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации — 24 пациента (III тип)	82
4.4 Особенности аутоагрессивного поведения после завершения юношеского возраста ..	85
4.5 Прогностическая оценка синдромов ПРЛ на протяжении юношеского и после его завершения во взрослом возрасте	86
4.5.1 Динамика показателей трудоспособности и социальной адаптации больных с ПРЛ в юношеском и зрелом возрасте	87
4.6 Нозологическая оценка на момент катамнеза.	93
ГЛАВА 5	96
Патофизиологические и нейропсихологические аспекты	96
5.1 Особенности нейропсихологического профиля больных с пограничным расстройством личности	96
5.2 Нейрофизиологические аспекты	101
5.3 Психометрические показатели у пациентов ПРЛ в юношеском возрасте	104
ГЛАВА 6	107
Основные подходы к терапии и социальной реабилитации пациентов с пограничным расстройством личности в юношеском возрасте	107
6.1 Купирующий этап лечения	110
6.2 Стабилизирующий и поддерживающий этап лечения	116
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	122
ВЫВОДЫ	144
Список сокращений и условных обозначений	150
Список литературы:	152
Приложение	184

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Изучение психопатологических расстройств в динамике пограничного расстройства личности (ПРЛ) является высоко актуальной, востребованной проблемой с учетом широкой распространенности данной личностной патологии в юношеском возрасте [Cohen P. et al., 2005; Stepp S. D. et al., 2010; Guilé J. M., Boissel L., 2018]. .Общая встречаемость ПРЛ в юношеском возрасте, по мнению ряда исследователей, может достигать от 1,5% до 14%, что значительно превышает показатели распространенности во взрослом возрасте [Fonagy. P. et al., 2014; На. С., Sharp С., Zanarini M. С. et al., 2014]. По данным Meaney R., Hasking. P. (2016), количество пациентов, обращающихся за психиатрической помощью среди учащихся высших учебных заведений и студентов колледжей с выявленными клиническими признаками ПРЛ, достигает 32%. В работах Goldston et al. (1999, 2006, 2009), Yen S. (2009, 2013), обследовавших больных с аутоагрессивным поведением, до 62% пациентов обладали клинико-диагностическими характеристиками пограничного расстройства личности [Briere J., Gil E., 1998], что находит подтверждение в отечественной литературе, где до 35% лиц юношеского возраста, предпринявших суицидальную попытку, соответствовали критериям изучаемого расстройства личности [Демчева Н. К., Наталевич Э. С., 2001; Хмелева Ю. Б., 2004; Смулевич А. Б., 2019; Дарьин Е. В., 2019].

В ряде ранее проводимых исследований [Bernstein D. P., Cohen P. et al., 1993; Guilé J. M., Boissel L. et al., 2018; Zanarini M. С., Horwood J. et al., 2011] установлено, что симптомы пограничного расстройства личности могут быть впервые выявлены в подростковом периоде, что делает возможным его диагностирование с 11-летнего возраста. Обнаруживалось постепенное усиление интенсивности психопатологических состояний в подростковом возрасте (13–14 лет), которое становилось клинически соразмерным проявлениям ПРЛ во взрослом возрасте [Chabrol et al., 2001; Winsper С., 2020]. Особенности формирования патологической структуры ПРЛ в детско-подростковом периоде взаимосвязано с

рядом факторов риска, среди которых: наследственная отягощенность у родственников личностными аномалиями, наличие предшествующих расстройств поведения [Paris J., 2014], влияние психотравмирующих ситуаций, эпизодов применения психического, физического и сексуального насилия [Geselowitz V. et al., 2021]. Одним из возможных предикторов является наличие диагностированного ранее синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), симптомы которого могут с возрастом трансформироваться в клинические признаки ПРЛ [Акча Ö. F. et al., 2020].

В юношеском возрасте динамика ПРЛ отличается клиническим полиморфизмом с определяющим влиянием возрастного фактора [Torgersen S. et al., 2001; Kaess M., 2014]. Структура пограничной личности характеризуется отсутствием четкого представления о собственном «я», явлениями парциальной инфантильности, неспособностью к формированию устойчивых социальных контактов, поверхностью и легковесностью убеждений, что является благоприятной почвой для формирования психопатологических расстройств [González R. A. et al., 2016; Гадисов Т. Г., Ткаченко А. А., 2020; Cavelti M., Thompson K. et al., 2021; Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Чумаков Е.М., 2022], а явления импульсивности и аффективной заряженности приводят к актуализации ауто- и гетероагрессивных поступков. Обращает на себя внимание высокая частота суицидальных попыток, которая выделяет пограничное расстройство личности в особую позицию, как единственный тип РЛ, у которого суицидальное и самоповреждающее поведение включено в диагностические критерии [Schmahl C., Ludaescher P., 2011; Yen S. et al., 2013].

Допустимость установления диагноза (ПРЛ) в юности являлось предметом долгих дебатов и дискуссий среди исследователей [Miller A. L. et al., 2008; Kaess M., 2014; Chanen A. M., et al., 2020; Sharp C., 2020]. Несмотря на большой интерес и важность проблемы, диагностические критерии ПРЛ в юношеском возрасте остаются нечеткими, в виду особенностей динамики специфических юношеских психопатологических синдромов [Каледа В. Г., 2010; Крылова Е. С., 2004; Бебуришвили А. А., 2009; Яценко К. О., 2015; Хмелева Ю. Б., 2004]

Большинство авторов предполагают тесную взаимосвязь ПРЛ в юношеском возрасте с коморбидными психопатологическими расстройствами аффективного, невротического, круга [Yen S., Frazier E. et al., 2015; Levy K. N., et al., 2020], где особую диагностическую трудность вызывает вопрос коморбидности ПРЛ с биполярным аффективным расстройством [Paris J., Gunderson J. G., Weinberg I., 2007; Yen S., Frazier E. et al., 2015]. Часть авторов рассматривает аффективные расстройства при ПРЛ, как независимые от БАП фазы [Belli H., Ural C., Akbudak M., 2012]. Другие исследователи предполагают, что динамике пограничного расстройства личности более свойственна аффективная нестабильность [Koenigsberg H. W. et al., 2002] с последующим утяжелением аффективных колебаний при сопутствующей коморбидности с эндогенными аффективными расстройствами, формированием континуальных аффективно смешанных состояний и ультрабыстрых циклов [Zimmerman M., Morgan T. A., 2013; Chanen A. M. et al., 2016; Paris J., Black D. W., 2015; Bayes A. J. et al., 2016; Усов Г. М. и др., 2021].

Одной из приоритетных задач является усовершенствование дифференциальной диагностики ПРЛ с шизотипическим расстройством, где вследствие психопатологического полиморфизма значительно усложнена нозологическая оценка ряда симптомов: негативной аффективности, ауто-, алло- и самотопсихической деперсонализации, расстройств влечения и аутоагрессивного поведения [Смулевич А. Б., 2012, 2019; Коцюбинский А. П., Исаенко Ю. В. и др., 2018; Олейчик И. В., 2019].

Наибольшую трудность для дифференциальной диагностики представляли транзиторные психотические эпизоды [Biskin R. S., Paris J., 2012; Gunderson J. G., 2018; Романов Д. В., 2014, 2015; Cavelti M., Thompson K., Chanen A. M. et al., 2021], которые могут выявляться у 54% пациентов с признаками ПРЛ в юности [Yee L. et al., 2005]. Структура психотических эпизодов при ПРЛ представлена ослабленной аттенуированной психотической симптоматикой в виде отрывочных бредовых идей, рудиментарных обманов восприятия. [Shultze-Lutter F., 2009; Kelleher I. et al., 2012; Румянцев А. О. и др., 2018].

Таким образом, проблема раннего распознавания и клинико-нозологической оценки психопатологических расстройств при динамике пограничного расстройства личности остается одной из наиболее сложных проблем психиатрии юношеского возраста. Отмечена целесообразность адекватного выделения дифференциально-диагностических признаков, которые необходимо учитывать при синдромальной и нозологической оценке психопатологических синдромов в рамках динамики ПРЛ и коморбидных расстройств, что обуславливает выбор терапевтических, психокоррекционных и социально-трудовых мероприятий в отношении этого контингента пациентов.

Разработанность проблемы исследования

В настоящий момент исследования, посвященные изучению пограничного расстройства личности, сосредоточены на идентификации предикторов и причин его возникновения [Paris J., 2014; Winsper C., 2020; Thompson K. N., Jackson H. et al., 2019; Vanwoerdan S. et al., 2022], в том числе на биологических и генетических факторах формирования ПРЛ [Gunderson J. G., 2018]. С точки зрения клинической психопатологии определяется возможность диагностирования пограничного расстройства личности в юношеском возрасте и определения психопатологических синдромов с учетом категориальных и дименсиональных диагностических моделей [Sharp C., Clercq B., 2020; Гадисов Т.Г., Ткаченко А.А., 2020; Bozzatello P. et al., 2021; Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Хоменко А.Е., и др., 2022]. Большой пласт исследований посвящен профилактике и раннему началу лечения, направленного на предотвращение и уменьшение негативного влияния клинических симптомов ПРЛ на социально-трудовую адаптацию, снижение суицидального риска и возникновение гетеро- и аутоагрессивных поступков [Biskin R. S. et al., 2012; Kaess M., 2014; Chanen A. M., et al., 2021, 2022]. В то же время авторами подчеркнута недостаточная изученность структуры ПРЛ в юности, с высоким полиморфизмом в психопатологической картине.

Цель: выявление клинико-психопатологических особенностей ПРЛ в юношеском возрасте с определением ведущих психопатологических синдромов и

их дальнейшей траектории с установлением дифференциально-диагностических критериев их оценки.

Задачи исследования:

1. Определить психопатологические особенности ПРЛ с учетом патопластической роли юношеского возраста.
2. Разработать клиническую типологию патологической динамики ПРЛ.
3. Выделить закономерности динамики ПРЛ и коморбидных расстройств после завершения юношеского возраста
4. Установить механизмы формирования аутоагрессивного поведения в клинике ПРЛ юношеского возраста.
5. Разработать основные подходы к комплексной терапии пограничного расстройства личности в юношеском возрасте.

Объект исследования:

- 73 больных, находящихся на стационарном лечении или амбулаторном наблюдении в клинических отделениях ФГБНУ НЦПЗ в связи с аффективными, невротическими, аддиктивными расстройствами и аутоагрессивным поведением при ПРЛ.
- 70 катamnестических больных, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении в клинике НЦПЗ в 2006–2010 гг. с состояниями, которые на момент первичного обследования соответствовали современным критериям пограничного расстройства личности, с длительностью катamnеза не менее 10 лет.

Общая гипотеза

Структура ПРЛ в юношеском возрасте отличается гетерогенностью, с различной выраженностью психопатологических синдромов и траекторий течения, что определяет дальнейший прогноз. ПРЛ ассоциировано с ауто- и гетероагрессивным поведением и высоким суицидальным риском, что в значительной степени определяет психофармакологические и психотерапевтические подходы, а также проведение социо-реабилитационных мероприятий.

Научная новизна исследования

Основная часть исследований, посвященных ПРЛ, сосредоточена на взрослом контингенте [Korala-Sibley D. C. et al., 2012; Campbell K. et al., 2020]. При этом отмечается тенденция к увеличению исследований, посвященных юношескому возрасту, и расширению дискуссий о правомочности установления диагноза ПРЛ в юношеском возрасте [Kaess M. et al., 2013; Fonagy. P. et al., 2014; Greenfield B., Henry M. et al., 2015; Kaplan C. et al., 2016]. В настоящем клинико-психопатологическом исследовании отмечена гетерогенность психопатологической структуры, которая послужила разработке оригинальной типологии ПРЛ в юношеском возрасте. На основании представленных наблюдений выделено три типологические разновидности ПРЛ в юности: по типу «аффективного шторма», «аддитивной адреналиномании», с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации, — каждая из которых обладала собственными психопатологическими особенностями, определяющими клиническую картину. По результатам катамнестического исследования, динамика и дальнейший прогноз внутри типологических групп отличались своей неоднородностью, с различной представленностью коморбидных расстройств и их интенсивностью. При этом для каждой типологической группы были выделены благоприятные и неблагоприятные варианты динамики ПРЛ после завершения юношеского возраста, где основную роль в усугублении клинической картины обуславливали коморбидные расстройства аффективного, аддитивного и невротического круга. Полученные данные дополнительно подтверждены нейропсихологическими и нейрофизиологическими исследованиями. В результате исследования были разработаны и обоснованы основные принципы комплексной терапии, включающей в себя фармакотерапию, психотерапию, определены социо-реабилитационные мероприятия, направленные на повышение адаптации пациентов.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Результаты проведенного исследования вносят научный вклад в изучение личностных аномалий в юношеском возрасте, соответствующих критериям

пограничного расстройства личности. Полученные данные о неоднородной психопатологической структуре ПРЛ позволили распределить пациентов по степени выраженности и частоте встречаемости основных психопатологических синдромов, коморбидных расстройств, что позволило разработать типологию, имеющую диагностическое значение и способствующую клиническому разграничению больных с ПРЛ в юношеском возрасте. Результаты катamnетического исследования показали особенности дальнейшей динамики ПРЛ в зависимости от выделенных типологических разновидностей и увеличение влияния коморбидных расстройств на клиническую картину. Полученные результаты имеют теоретическую значимость и представляются перспективными для дальнейших разработок классификаций и выявления клинико-биологических соотношений в целях выяснения патогенеза. Предложенная типология, а также выявленные клинико-динамические особенности изученного контингента больных, позволяют разработать и внедрить персонифицированный подход в комплексной терапии. Результаты, полученные в настоящей работе, могут быть использованы при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов. Методические принципы, на которых построено исследование, применимы для дальнейших научно-практических разработок по этой проблеме.

Методология и методы исследования

Теоретическую и методологическую основу составили зарубежные и отечественные научные работы, посвященные изучению личностной патологии в юношеском возрасте и пограничного расстройства личности, в частности с фактором влияния возрастного фактора [Kaess M., 2014; Guilé J. M., Boissel L., 2018]. В рамках научной работы учитывалось патопластическое влияние возрастного фактора на клинические проявления и динамику пограничного личностного расстройства в юношеском возрасте. Настоящее исследование выполнено в отделе юношеской психиатрии (рук. — д. м. н., профессор В. Г. Каледа) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — проф. Т. П. Ключник) в период с 2019 по 2022 гг. Общую когорту составили 143

пациента — 51 женщина и 92 мужчины, которые проходили стационарное лечение или наблюдались амбулаторно в связи декомпенсацией пограничного расстройства личности.

Настоящее исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом НЦПЗ, протокол № 605 от 27.12.2019.

Методы исследования:

- клинико-психопатологический;
- клинико-катамнестический;
- психометрический (HDRS, HARS, BIS-11, PBQ-BPD, TAS, SCID-5);
- нейрофизиологический, совместно с лабораторией нейрофизиологии (*руководитель — д. б. н., проф. А. Ф. Изнак*);
- нейропсихологическое обследование совместно с *м. н. с. Фатеевым Ю. С.*;
- статистический метод.

Критерии включения:

1. Пациенты юношеского возраста (16–25 лет).
2. Диагноз «пограничное расстройство личности» (F60.31 — в соответствии с критериями МКБ-10, эмоционально неустойчивое расстройство личности [пограничный тип]).

Критерии невключения:

1. Наличие в анамнезе психотических приступов, соответствующих критериям шизофрении (F20.x).
2. Сопутствующая соматическая, неврологическая или психическая патология, затрудняющая обследование.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Пограничное расстройство в юношеском возрасте гетерогенно, представлено различными вариантами психопатологических состояний, где возрастной фактор оказывает патопластическое влияние на формирование и дальнейшую динамику синдромов ПРЛ как в юношеском возрасте, так и по его завершении.

2. Обнаруженная психопатологическая неоднородность синдромов ПРЛ позволила разработать типологию, где выделенные разновидности отличались выраженностью клинических проявлений, имели собственные закономерности присоединения коморбидных расстройств с разнообразностью дальнейшей возрастной динамики как с возможностью компенсации патологических состояний, так и неблагоприятными исходами.

3. Формирование аутоагрессивного поведения и антивитальной активности обусловлено психопатологическими особенностями синдромов ПРЛ. Каждая типологическая разновидность обладает собственными закономерностями в возникновении несуйцидальных самоповреждений (НССП) и суйцидальных попыток (СП), а также различными механизмами их осуществления.

4. Дифференциальная диагностика ПРЛ в юношеском возрасте с другими психопатологическими расстройствами остается затруднительной в связи с выраженным клиническим полиморфизмом и влиянием возрастного фактора. По результатам катamnестического исследования у части пациентов будет обнаруживаться траектория к изменению диагноза в сторону эндогенных аффективных и процессуальных расстройств.

5. Необходим комплексный подход в проведении терапевтических, психофармакологических и реабилитационных мероприятий, которые должны учитывать психопатологические особенности ПРЛ и будут направлены на повышение качества жизни и улучшение социального функционирования.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Репрезентативность материала, комплексная методика обследования, включающая сочетание клинико-психопатологического, клинико-

катамнестического, психометрического, нейрофизиологического, нейропсихологического методов, обеспечивают достоверность научных положений и выводов. Результаты подтверждены статистическим анализом. Комплексный подход, включающий достоверные, апробированные и признанные методики исследования, обеспечил возможность решения поставленных задач и определил обоснованность результатов диссертационной работы и следующих из них выводов.

Основные положения диссертации изложены на конференции, посвященной памяти академика АМН СССР А. В. Снежневского (25 мая 2021, Москва), XVII съезде психиатров России (15–18 мая 2021, Санкт-Петербург), Всероссийской школе молодых психиатров «Суздаль-2021» (23–27 сентября 2021, Суздаль), на 5-ой Костромской Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья «Биологическая парадигма клиники психических расстройств» (6–8 октября 2022, Кострома).

Публикации результатов исследования

Основные результаты изложены в 15 публикациях. 7 статей опубликованы в изданиях, рецензированных ВАК Минобрнауки РФ для публикации диссертационных материалов, в том числе 5 статей в журнале, индексируемом в Scopus.

Внедрение результатов исследования

Результаты данного исследования нашли применение в практической работе клиники ФГБНУ НЦПЗ, а также филиалов ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №8», «Психоневрологический диспансер №9».

Личный вклад автора в работу

Работа выполнена автором на базе ФГБНУ НЦПЗ (директор – д.м.н., профессор Т.П. Ключник), в отделе юношеской психиатрии (руководитель – д.м.н. В.Г. Каледа), на базе клинического отделения № 4. Автором были выполнены все этапы настоящего исследования, проведен анализ литературных источников. Автором был произведен набор больных с использованием клинико-

психопатологического, клинико-катамнестического и психометрического методов с формированием клинической и катамнестической группы, согласно критериям включения и невключения. Автором лично выполнен анализ полученных результатов, на основании которого была разработана типология пограничного расстройства личности в юношеском возрасте, определены предикторы определяющие его формирование, проанализирована дальнейшая динамика ПРЛ в зависимости от выделенных типологических разновидностей. Автор использовал мультидисциплинарный подход для подтверждения клинических наблюдений с применением нейрофизиологического и нейропсихологического методов. Проведенный автором анализ полученных результатов способствовал обоснованию полученных результатов, формулированию положений, выносимых на защиту. Автор сформулировал научные рекомендации и выводы, подготовил публикации по теме исследования. Полученные результаты были оформлены автором в виде диссертационной работы.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 218 страницах машинописного текста (основной текст 182 страниц, приложение 35 страниц) и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 281 наименование (из них отечественных 40, иностранных 23). Приведено 15 таблиц, 17 рисунков и 3 клинических наблюдения.

ГЛАВА 1

Обзор литературы

На протяжении многих лет диагноз «пограничное расстройство личности» в юношеском возрасте являлся предметом дискуссии в научном сообществе [Kaess M., 2014; Chanen A. M. et al., 2020; Sharp C., 2020]. При этом пациенты юношеского и молодого взрослого возраста исследовались с момента клинического определения феноменологии ПРЛ [Pine F., 1974; Pfeffer C. R. et al., 1983; Kernberg O. F., 1967, 1976, 1999; Gunderson J. G., Singer M. T., 1975]. Часть авторов рассматривали ПРЛ как нозологию исключительно взрослого возраста [Bernstein D. P. et al., 1993; Garnet K. E., Levy K. N. et al., 1995], другие исследователи указывали на значительную роль юношеского возраста в формировании основных психопатологических синдромов ПРЛ, что подкрепляется результатами значительного количества современных исследований [Kaess M., 2014; Guilé J. M., Boissel L., 2018; Winsper C., 2021; Cavelti M., Thompson K. et al., 2021].

Пограничное расстройство личности: исторические аспекты

Феномен пограничного расстройства личности впервые описан и введен в практику психоаналитиком Adolf Stern в 1938 году в работе «Пограничная группа невротиков». Однако клиническое описание данной патологии отражено и в более ранних исследованиях. Так, С. Hughes в 1884 году в монографии «Пограничные случаи в психиатрии» описывал пациентов, балансирующих на границе между психическим здоровьем и заболеванием, где обнаруживаемые у них поведенческие расстройства не укладывались в существовавшее на тот момент концепции невротических или психотических симптомов. С. Hughes использовал для описания этих состояний термин «ограниченное безумие» (Borderland) или пограничное состояние — между «настоящим безумием и помешательством». Независимо от работ С. Hughes патохарактерологические феномены описывались английским психиатром J. Prichard (1837 год). Автор подчеркивал дисгармоничность и дегенеративность личностных характеристик у наблюдаемых им пациентов, предполагал выделение их в особую группу больных «моральным

помешательством» — «moral insanity». Теории вырождения придерживался известный философ, врач-психиатр Цезарь Ломброзо [Lombroso Ch., 1864], который изучал криминальную антропологию. Ломброзо описывал особенности поведения преступников, где предполагал, что моральный дефицит преступников является следствием деградации и атавизмом. Однако Ломброзо не останавливался на изучении исключительно преступников и совершенных ими противоправных деяний. В своей работе «Гениальность и помешательство» он изучал особенности поведения выдающихся личностей искусства, где их эксцентричные поступки и не всегда подходящее нормам морали поведение сравнивал с явлениями «деградации».

Пограничные состояния исследовались классиком немецкой психиатрии Эмилем Крепелиным в 1905 году. По его наблюдениям, данные расстройства превышали невротический регистр по степени выраженности, однако не достигали степени психоза и были связаны с патологией формирования личности. Для описания таких состояний Э. Крепелин использовал термин «*Zwischengebiet*» — «промежуточный», который по смыслу являлся синонимом термину «пограничный» (цитата по М. Н. Stone, 2005). Квалификационно Э. Крепелин рассматривал такие состояния как мягкий вариант маниакально-депрессивного психоза или продрома шизофрении. Эти концепции нашли свое отражение в работах Е. Bleuler (1911), который рассматривал промежуточные формы по Крепелину как разновидность латентной шизофрении. Е. Bleuler описывал пограничных личностей как раздражительных, непостоянных, совершающих странные, импульсивные поступки. При этом Е. Bleuler указывал на предпочтительность юношеского возраста в возникновении и развитии наблюдаемых патологических состояний. Им были обнаружены закономерности в клинической динамике пограничных состояний, такие как возможность нарастания психопатологических изменений и преобладание неврастенических и истерических симптомов в структуре пограничных состояний. Однако для отграничения пограничных состояний от шизофренического процесса Е. Bleuler ввел ряд характеристик, обозначающих наличие эндогенного процесса:

расстройства мышления в виде нарушения ассоциаций, галлюцинаторные феномены, эмоциональная уплощенность, бедность аффекта «Gefühlseinklemmung».

Возвращаясь к психоаналитическим исследованиям А. Stern (1938), следует подчеркнуть, что это первая работа, в которой была предпринята попытка определить характеристики пограничной личности, такие как нарциссизм, отсутствие навыков противодействия стрессу, гиперчувствительность и сензитивность к неудачам, ригидность мышления и поведенческих установок, явления негативизма и зависимости, чувство собственной неполноценности, заниженная самооценка и неадекватное восприятие собственных возможностей, дисгармоничность эмоциональной сферы, экстрапроекция внутренних проблем на внешнее окружение. Нарциссическому компоненту, по мнению А. Stern, отводилась ведущая роль в структуре пограничной личности. Основными предикторами, формирующими развитие нарциссизма, являлась дисгармоничная обстановка в семье, гиперопекающие или непоследовательные методы воспитания, психотравмирующие ситуации в детстве (развод и оставление родителями семьи). Данные неблагоприятные факторы приводили к хроническому ощущению чувства «покинутости» и отсутствия защищенности, появлению «эмоционального голодания» в связи с недостатком положительных эмоций.

Опираясь на работы S. Freud (1918; 1919), А. Stern предполагает формирование всех невротических симптомов как некий защитный механизм, который противостоит стрессу, с которым столкнулась личность больного. По наблюдениям А. Stern, неспособность справиться с психологическими нагрузками является важной характеристикой пограничного пациента. Явления гиперчувствительности и сензитивности к малейшим изменениям в окружающей и социальной среде тесно связаны с ощущением собственной незащищенности, что приводит к формированию подозрительности и идей отношения, явлениям мягкой паранойи (Friedman M., 1905). А. Stern упоминает об особенности выстраивания отношений у пограничных пациентов, их зависимость от партнера, начальника и даже терапевта с быстрым формированием пассивной подчиняемости, постоянной

потребности в опеке и заботе, что во многом связано со сниженной самооценкой и чувством собственной неполноценности. По мнению А. Stern, характерны для пограничной группы пациентов и своеобразность эмоциональной сферы, так они могли испытывать выраженное беспокойство и тревогу без значимой на то причины или, наоборот, оставаться полностью безучастными в ситуациях, требующих внимания и поддержки. При этом отмечалась склонность к категоричности эмоциональных проявлений, полярность взглядов на окружающий мир, разделение на «черное и белое», «все или ничего». Также Stern предполагал удельную значимость проективных механизмов у пациентов пограничной группы, находил их схожими с проекциями, формирующимися у психотических пациентов. А. Stern считал, что перенос болезненных размышлений и эмоций вовне может приводить к появлению сверхценно-бредовых построений, идей отношения, а также к галлюцинаторным феноменам. Таким образом, в работе А. Stern были названы основные характеристики пограничного пациента. Его концепция нашла свое отражение в последующих работах.

Следуя психоаналитическим концепциям, Н. Deutsch (1942) описывала у наблюдаемых ею пациентов пограничного круга эмоциональные нарушения в виде сложности в понимании собственных эмоций, а также нарушения восприятия деперсонализационного типа. Личность таких больных характеризовалась инфантильностью и стремилась к подражанию деятельности окружающих лиц. Deutsch Н. обозначала пограничные состояния собственным термином «As — if» — «как бы»-личность, обращая внимание именно на незрелость размышлений и поступков. Такие личности, по мнению Deutsch Н, могли быть хорошо адаптированы в определенных условиях, однако при малейших изменениях во внешней среде становились беспомощными, неспособными к труду и любой продуктивной деятельности. М. Schmeideberg (1947; 1959), изучавшая пациентов с ПРЛ на протяжении длительного времени, рассматривала их вначале как предманифестную форму шизофрении, но впоследствии относила их в отдельную полиморфную группу пациентов с личностной патологией. В своих наблюдениях М. Schmeideberg описывала бурные аффективные реакции и эпизоды

непредсказуемого поведения, которые возникали в ответ на незначительные психотравмирующие ситуации. Обнаруженные феномены позволили M. Schmideberg сделать вывод о хронической нестабильности пациентов с ПРЛ — «stably instable», «стабильные в своей нестабильности».

Robert Knight в 1953 году, опираясь на работы своих предшественников, отмечал близость пограничных состояний как к невротическим расстройствам, так и к нарушениям ассоциативного процесса, обнаруженного при использовании тестов Rorschach, и эндогенному процессу, в частности «амбулаторной шизофрении» по G. Zilboorg (1941), псевдоневротической шизофрении [Hoch P., Polatin P., 1949], малопрогрессирующему варианту шизофренического процесса [Смулевич А. Б., 1987]. Knight R. указывал, что пограничные состояния остаются малоизученными, и в своих наблюдениях не рассматривал их как отдельную нозологическую структуру, а как широкий спектр расстройств невротического, личностного и субпсихотического уровня. Knight R. подчеркивал актуальность и необходимость изучения пограничных состояний, критикуя популярное в то время суждение о нецелесообразности изучения данных состояний по причине большого количества симптомов и нозологической путаницы.

На протяжении 1960-х годов продолжалось активное изучение концепции пограничных состояний, которое было представлено 3 осевыми независимыми исследованиями: пограничная организация личности [Kernberg O. F., 1967]; пограничный синдром [Grinker R. R., 1968]; пограничная шизофрения [Kety S. S. et al., 1968].

O. F. Kernberg в исследовании «Пограничная организация личности» выделял группу симптомов, характерных для пограничной организации личности, таких как генерализованная тревога, приобретающая хронический характер; явления полиморфного невроза, которое включало в себя фобические, обсессивные, конверсионные, ипохондрические и диссоциативные расстройства; а также нарушения в сфере сексуального влечения. Выделена группа симптомов препсихотической структуры, которые были характерны для пограничной организации личности, в виде диффузной подозрительности, замкнутости,

сопровождающиеся аффективными колебаниями циклотимоподобного круга с доминированием гипоманиакальных и смешанных состояний. Большое значение уделялось явлениям импульсивности и нарушениям влечения, где отмечалась их тесная взаимосвязь с инстинктивным поведением. Примерами таких нарушений было злоупотребление алкоголем, наркотиками, сексуальная расторможенность, клептомания и компульсивное переедание. Отдельно О. Ф. Kernberg в своих наблюдениях подчеркивал возможность появления первых симптомов в подростковом и юношеском возрасте.

В исследовании R. R. Grinker (1968) был изучен феномен пограничного синдрома, который по мнению J. G. Gunderson (1975) был более точной характеристикой пограничного расстройства личности. Пограничный синдром включал следующие критерии: трудности индентификации собственного «я», анаклитические (зависимые) отношения с окружающим социумом, депрессивные состояния в виде хронического ощущения потерянности и одиночества, склонность к проявлению немотивированной агрессии.

Третьим значимым исследованием, где определялась роль пограничной патологии, было датское исследование [Kety S. S. et al., 1968], направленное на изучение родственников больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра. В данном исследовании у пациентов с шизофренией обнаруживалась высокая встречаемость родственников, соответствующих критериям пограничного расстройства личности. На основании полученных данных, S. S. Kety было сделано предположение о генетической предрасположенности для манифестации шизофренического процесса, а клинические признаки пограничного синдрома автор рассматривал в рамках предманифестной, «пограничной» шизофрении.

Вопросы классификации ПРЛ в юношеском возрасте

Попытки объединения концепций и введение первых научных характеристик и классификаций предпринято [Gunderson J. G., Singer M. T., 1975] и отражено в работе «Отличительные особенности пограничных пациентов». Были определены основные критерии, характерные для пограничного пациента: 1) наличие интенсивных аффективных колебаний; 2) импульсивные поступки; 3) социальная

дезадаптивность; 4) кратковременные психотические расстройства; 5) межличностные отношения, характеризующиеся колебаниями между «преходящими, поверхностными отношениями и интенсивными, зависимыми отношениями». Выводы данного исследования объединили психоаналитические и клиничко- психопатологические концепции пограничного расстройства личности, что позволило рассматривать ее в рамках отдельного расстройства. Дальнейшие исследования, проведенные американской психиатрической ассоциацией (АРА), опираясь на результаты исследования J. G. Gunderson, M. T. Singer (1975), привели к включению данной нозологии и ее диагностических критериев в международные классификации.

Диагноз ПРЛ был включен в качестве официального диагноза в десятый пересмотр международной классификации болезней — F60.31 (ВОЗ, 1992). В отличие от DSM-IV, в МКБ-10 ПРЛ является подтипом эмоционально-неустойчивого расстройства личности (F60.31), подчеркиваются критерии импульсивности и аффективной нестабильности. Критерии МКБ-10 позволяли устанавливать диагноз ПРЛ с 18-летнего возраста, что приводило к игнорированию клинических симптомов в более раннем возрасте и ошибочной интерпретации психопатологических состояний, наблюдаемых в юности. В DSM-IV, в отличие от МКБ-10, допускалась возможность установления диагноза ПРЛ до достижения 18-летнего возраста. В настоящее время актуальные классификации DSM-5 (2013) и МКБ-11 (2019) позволяют диагностировать и устанавливать диагноз ПРЛ в юношеском возрасте. Учитывая появление дименсионального подхода, в структуре DSM-5, предполагается выделение следующих критериев: А (личностное функционирование), В (дезадаптивные личностные черты, сочетающиеся с тотальностью и негибкостью поведения во многих сферах жизни), С (стабильность симптомов во времени, с подросткового и юношеского возраста) [Evans C. M., Simms L. J., 2018]. Более детальное распределение дименсиональных диагностических единиц для ПРЛ представлено в альтернативной модели личностных расстройств — AMPD с учетом пятифакторной модели личности [Widiger T. A. et al., 2020] и шкалы личностного функционирования [Mulay A. L. et

al., 2019]. При этом в классификации DSM-5 наблюдается компромиссная позиция с сохранением категориального подхода в диагностике пограничного расстройства личности в составе драматического кластера В.

Несмотря на преимущественно дименсиональный подход в современных квалификациях, пограничное расстройство личности в ICD-11 выделено в отдельный паттерн, и в отличие от других РЛ имеет соответствующие степени выраженности [Tytler P., 2014]. При этом сохранение в МКБ-11 и DSM-5 параметрического критерия в виде пограничного паттерна указывает на важность изучаемой проблемы и ее широкую распространенность у пациентов с РЛ.

Таким образом, психопатологические критерии ПРЛ диагностируются как в рамках дименсионального, так и категориального подхода [Гадисов Т. Г., Ткаченко А. А., 2020]. При этом в каждой диагностической стратегии имеются существенные недостатки: с одной стороны, в виде широкой трактовки психопатологических феноменов, их расплывчатости, чрезмерной обобщенности, характерной для дименсионального подхода, с другой — наличие у некоторых пациентов мозаичной психопатологической картины расстройств, не всегда полностью соответствующей категориальным критериям ПРЛ, в особенности для пациентов юношеского возраста.

Клинико-психопатологические, патофизиологические особенности ПРЛ в юношеском возрасте

Исследование пограничных состояний личности у пациентов подросткового и юношеского возраста было впервые проведено E. R. Geleerd (1958), где пограничные состояния описывались как промежуточные между неврозом и психозом, что повторяло концепции Stern A. (1938). В дальнейших работах внимание уделялось психотическим эпизодам у пациентов подросткового и юношеского возраста, в том числе в сопоставлении с симптомами пациентов взрослого возраста [Fast I. et al., 1972; Pine F., 1974; Pfeffer C. R. et al., 1983]. J. G. Gunderson., M. T. Singer (1975) в своей квалификационной работе описали особенности подросткового и юношеского возраста у пациентов с ПРЛ. При этом авторами на момент проведения исследований не выделялось существенных

различий в клинической симптоматике между пациентами юношеского и взрослого возраста, но предполагалась возможность установления диагноза ПРЛ в юности, в соответствии с разработанными ими ранее критериями для взрослого возраста.

В современных исследованиях подчеркнуто, что в период юности наиболее выражены такие психопатологические признаки ПРЛ, как импульсивность, проявляющаяся в виде поведенческих расстройств, самоповреждающего и суицидального поведения, при этом такие симптомы, как нарушение идентификации собственного «я», были более свойственны пациентам в более взрослом возрасте. При этом некоторыми исследователями указывалось, что нарушения самоидентификации были отличительной чертой ПРЛ как в юношеском, так и в взрослом возрасте, при этом их интенсивность возрастала с возрастом, на фоне уменьшения импульсивности и поведенческих расстройств [Becker D. F., Carlos M. et al., 2002; Kaess M., Brunner R. et al., 2014]. Обнаруженная неравномерность выраженности синдромов ПРЛ в зависимости от возраста объяснялась авторами гетеротипической непрерывностью развития ПРЛ, где нарушениям самоидентификации отводилась ключевая роль при диагностике и верификации ПРЛ в юности. Их сохранение во взрослом возрасте указывало на нозологическую стабильность диагноза [Becker D. F., Carlos M. et al., 2002]. Однако результаты исследований, посвященные дальнейшей динамике ПРЛ и его исходам после завершения юношеского возраста, противоречивы [Gunderson J. G., Herpetz S. C., 2018]. По данным ряда авторов, у части пациентов после завершения юношеского возраста отмечается присоединение и усиление влияния коморбидной патологии аффективного, невротического и аддиктивного круга [Winsper C., 2020], при этом ПРЛ значительно утяжеляет динамику коморбидных расстройств, является фактором и обуславливает неблагоприятные исходы [Kienast T., Stoffers J., Vermpohl F., 2014]. У другой части пациентов, в связи с близостью структуры ПРЛ, с одной стороны, к БАР, а с другой — к шизофреническому спектру, определялась нозологическая траектория к изменению диагноза в сторону эндогенных заболеваний, что указывает на наличие диагностической неопределенности для данной категории пациентов [Zandersen M., Henriksen M. G.,

Parnas J., 2019]. В ряде публикаций подчеркивается, что у пациентов с ПРЛ имеет место менее благоприятный исход по сравнению с другими типами РЛ [Videler A. C., Hutsebaut J., 2019; Wertz J., Caspi A., 2020]. В других исследованиях, напротив, определена тенденция к постепенной стабилизации личностной структуры данных пациентов с высокой частотой установления ремиссий, достигающей 88% [Temes C. M., Zanarini M. C., 2018], и постепенным улучшением уровня социального функционирования [Paris J, Zweig-Frank H. **Ошибка! Источник ссылки не найден.**, 2001; Arens E. A., Stopsack M., Spitzer C., 2013].

При исследовании гендерных различий было выявлено, что распространенность ПРЛ в юности относительно одинакова у юношей и девушек, в то время как в данных, указанных в DSM-5, женщины страдают этим расстройством в 3 раза чаще [Grant B. F. et al., 2008; Tomko R. L., Trull T. J., 2014; Gunderson J. G., Herpetz S. C., 2018]. Девушки с ПРЛ имеют более выраженную общую симптоматику, в частности в выраженности эмоциональной дисрегуляции, уровня подозрительности, враждебности, отношений, депрессивных, тревожных и соматических симптомов. Однако ни один из полов не является более инвалидизирующим по интенсивности симптомов. Для женщин обнаружено некоторое преобладание расстройств пищевого поведения, по сравнению с мужчинами. Касаясь гендерных особенностей аутоагрессивного поведения при ПРЛ, многие авторы, в частности N. Sadeh et al. (2014), в своих работах подчеркивают, что девушки с диагностированным пограничным расстройством личности чаще совершают самоповреждения, чем юноши, но выбирают более гуманные способы их совершения.

Этиология формирования психопатологических расстройств при ПРЛ в юности имеет как нейробиологическую основу, так и психосоциальную, которая сформировалась в результате длительного психотравмирующего воздействия, негативного социального опыта с детского возраста с нарушениями навыков социальной коммуникации и неэффективности саморегуляционных механизмов [Carpenter R. W., 2013; Chanen A. M., 2018].

Негативный социальный опыт в детском возрасте представлен непоследовательным воспитанием, материнской гиперопекой, где отталкивающее поведение и низкая привязанность родителей также могут повлиять на формирование ПРЛ. Кроме того, разлука детей в возрасте до 5 лет с матерью предрасполагает к формированию ПРЛ в юношеском и взрослом возрасте [Johnson J. G., Cohen P. et al., 2006; Crawford T. N., Cohen P. R. et al., 2009].

Одним из важнейших предикторов возникновения ПРЛ является наследственный фактор: при использовании близнецового метода частота обнаружения признаков ПРЛ достигала 70% [Gunderson J. G., 2011]. В генетическом исследовании S. H. Witt (2017), проведенном на большой выборке пациентов с ПРЛ, были выявлены генетические пересечения с биполярным расстройством, шизофренией и большим депрессивным расстройством (БДР). Было установлено, что вовлеченные гены оказывают влияние на основные свойства нервной ткани, такие как адгезия клеток и процесс миелинизации. Учитывая высокую распространенность психотравмирующих ситуаций и эпизодов жесткого обращения у пациентов ПРЛ в детском возрасте, выявление эпигенетических особенностей этого расстройства представляет большой интерес. В одном исследовании отмечалось увеличение метилирования некоторых генов, включая MIR124-3, продукт которого участвует в регуляции нейропластичности и функций миндалевидного тела. [Prados J. et al., 2015]. Было обнаружено, что ряд генов: MIR124-3, BDNF — были связаны с наличием психотравмирующих ситуаций и дальнейшим формированием симптомокомплексов ПРЛ в юности и взрослом возрасте [Perroud N. et al., 2013; Bozzatello P., Garbarini C., 2021]. Также исследователями сделано предположение о влиянии генов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН), таких как FKBP5 и CRHR (CRHR1), в качестве фактора развития ПРЛ. Эти гены чаще встречаются у пациентов с ПРЛ, которые пережили жестокое обращение в детском возрасте, по сравнению с группой людей без данного опыта. Нарушения в гормонах ГГН оси могут опосредовать влияние травмирующих событий в раннем периоде жизни на структуру и функцию мозга, и нарушение регуляции нервных связей является

ключевым биопсихологическим механизмом развития ПРЛ. Варианты FKBP5 и CRHR, связанные с ПРЛ, приводят к усилению секреции кортизола, что приводит к структурным и функциональным изменениям головного мозга и гиппокампа [Carrion V. G. et al., 2013; Cattane N., Rossi R. et al., 2017].

Не менее значимым предиктором в формировании ПРЛ является наличие синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), что способствует возникновению импульсивных поступков, проявлению гетероагрессии в детском возрасте [Vaillancourt T., Brittain H. L. et al., 2014]. На доклиническом этапе у пациентов отмечаются особенности характера в виде повышенной чувствительности, оппозиционности с формированием явлений аффективной нестабильности [Crawford T. N., Cohen P. et al., 2001]. В поддержку этой концепции некоторые исследования показали, что такие специфические черты ПРЛ, как импульсивность, аффективная нестабильность, присутствующие в детстве или в подростковом возрасте, являются предиктивными для установления диагноза ПРЛ во взрослом возрасте [Siever L. et al., 2002; Zanarini M. C., Frankenburg F. R. et al., 2006.]. Некоторые исследователи указывают, что для юношеского возраста в целом характерна склонность к необдуманным поступкам и риску, что может способствовать ошибочной гипердиагностике ПРЛ [Goldman S. J., D'Angelo E. J. et al., 1992; 1993]. В скрининге здоровых подростков явления импульсивности отличались ситуационной обусловленностью и не рассматривались в качестве патологии [Offer D., Offer J. B. et al., 1975; Paris J., 2005; 2014]. В отличие от преходящей импульсивности юношеского периода, импульсивность в структуре ПРЛ усиливается и приводит к негативным социальным последствиям, что значительно увеличивает суицидальный риск и является одним из предикторов суицидального поведения [Clarkin J. F. et al., 1993; Paris J., 2005; 2018]. D. Silbersweig (2007) выявил ответственные за импульсивные поступки и регуляцию аффекта участки коры и проводящие пути головного мозга, такие как орбитофронтальная и переднепоясная кора (ППК). Обнаружено снижение активности нижней лобной части коры головного мозга у пациентов с ПРЛ по сравнению со здоровыми добровольцами, что обуславливало неэффективность

торможения двигательных нейронов и формирование моторной импульсивности у пациентов с ПРЛ в юности [Jacob G. A. et al., 2013].

По мнению ряда исследователей, явления импульсивности тесно связаны с эмоциональной дисрегуляцией и аффективной нестабильностью [Fossati A., Gratz K. L. et al., 2014; Videler A. C. et al., 2019], при этом в более ранних работах импульсивности отводилась ключевая роль в психопатологии ПРЛ [Links P. S. et al., 1999]. Дальнейшие работы были посвящены влиянию импульсивности на аффективную нестабильность, которая являлась важным фактором, приводящим к поведенческим нарушениям и манифестации несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток [Guilé J. M, Boissel L., 2018; Reichl C., Kaess M., 2021]. Одной из диагностических трудностей является разграничение аффективной нестабильности при ПРЛ с биполярным аффективным расстройством (БАР) в юношеском и раннем молодом возрасте. Часть исследователей рассматривает явления аффективной нестабильности и импульсивности в рамках биполярного спектра [Akiskal H. S., 2003; Akiskal H. S., Akiskal K. et al., 2006; Симуткин Г. Г. и др., 2014]. Другие исследователи настаивают на независимости этих феноменов от биполярного расстройства, но ограничивались только этими симптомами в установлении диагноза ПРЛ [Tyreer P., 2009]. Современные исследователи указывают на ошибочность такого подхода и выделяют данные симптомы как часть сложной психопатологической картины ПРЛ, независимой от БАР [Paris J., Black D. W., 2015]. Аффективная нестабильность представлена в критериях DSM-5 как выраженная реактивность настроения в виде интенсивной эпизодической дисфории, с раздражительностью и тревожными пароксизмами, которые обычно наблюдаются в течение нескольких часов и лишь в редких случаях более нескольких дней. Механизм возникновения феномена аффективной нестабильности описан М. М. Linehan, К. Коerner (1993), авторы предполагали ее формирование в результате взаимодействия между негативными психотравмирующими факторами и конституционально обусловленной эмоциональной уязвимостью. В динамике ПРЛ аффективная нестабильность усиливается, обладает высокой реактивностью на конфликтные взаимодействия

[Paris J., 2014]. Дополнительным фактором, позволяющим провести дифференциальную диагностику между БАР и ПРЛ в юности, являются различные модели возникновения аффективных колебаний [Sanches M., 2019]. Для ПРЛ характерна нестабильность фона настроения с преобладанием тревоги, в отличие от биполярного аффективного расстройства (БАР), где наблюдается преимущественно фазовое течение депрессий и гипоманиакальных состояний с аутоахтонностью и меньшей чувствительностью к факторам окружающей среды [Koenigsberg H., 2010]. В случае ПРЛ аффективная нестабильность ограничена действием психотравмирующего фактора, колебания настроения могут продолжаться на протяжении нескольких часов или дней. Для БАР вследствие аутоахтонности аффективные расстройства приобретают затяжной характер с формированием длительных депрессивных и гипоманиакальных фаз [Paris J., 2018]. В случае коморбидности ПРЛ и БАР отмечено, что психопатологическая структура ПРЛ значительно утяжеляет течение биполярного расстройства, повышая суицидальный риск, снижая комплаентность лечения, приводя к серьезным нарушениям социальной адаптации [Yen S., Frazier E. et al., 2015; Guilé J. M, Voissel L., 2018; Крылова Е. С. и др., 2021; Усов Г. М., Чумаков Е. М. и др., 2021; Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Чумаков Е. М., 2022]. При этом отмечено, что структура ПРЛ приводит к формированию непрерывного, континуального характера течения аффективных расстройств при БАР, что дополнительно затрудняет диагностику и выбор терапевтической стратегии [Riemann G. et al., 2017; Зяблов В. А., 2017; Каледа В. Г., Зяблов В. А., 2020].

Учитывая биопсихосоциальную модель, разработанную М. М. Linehan (1993) и ее последователями [Crowell S. E. et al., 2009], было выявлено, что чувствительность к эмоциям у пациентов с ПРЛ имеет биологическое происхождение и присутствует с раннего возраста. Она представляет собой повышенную эмоциональную реактивность на стимулы окружающей среды, включая эмоции других людей. Чувствительность к эмоциям в основном связывают с негативными состояниями настроения (например, гневом, страхом, грустью), а не с положительными эмоциями. К. Wingenfeld (2009) в своем

исследовании определил нейрофизиологические отличия между пациентами с диагностированным ПРЛ и группой контроля, где у пациентов с ПРЛ не обнаруживалась активность передней поясной коры и лобной доли, что, по мнению исследователей, объясняло предрасположенность к негативной интерпретации событий, появлению когнитивных искажений и подозрительности [Domes G. et al., 2008; Scott L. N., Levy K. N. et al., 2011]. По данным других нейровизуализационных исследований у пациентов с ПРЛ выявлялась активация миндалевидного тела, медиальной префронтальной коры (ПФК) и парагиппокампальной области [Krause-Utz A. et al., 2014]. Данная особенность приводила к трудностям в переключении внимания и способствовала искаженным представлениям о намерениях окружающих людей [Beeney J. E., Hallquist M. N. et al., 2016]. В то же время гиперактивация структур средней линии была взаимосвязана с трудностями построения социальных отношений, высоким уровнем алекситимии, нарушениями самоидентификации [Domes G., Grabe H. J. et al., 2011]. Интенсивные и противоречивые эмоции связаны с гиперактивностью миндалевидного тела, в то время как трудности эмоциональной регуляции и плохая способность к повторной оценке ситуации негативно коррелировали с активностью ПФК при ПРЛ [Silvers J. A. et al., 2016]. У пациентов с ПРЛ в юности были отмечены такие структурные изменения ПФК, как уменьшение объема серого вещества и толщины коры с микроструктурными аномалиями трактов белого вещества головного мозга [Koenigsberg H. W. et al., 2009]. Кроме того, предварительные данные предполагают слабую связь между ПФК и лимбической системой в зонах регуляции внимания, которая может нормализоваться после успешной психотерапии, что позволяет предположить, что этот основной механизм ПРЛ является обратимым [Schulze L. et al., 2011].

Использование дополнительного метода электроэнцефалографии (ЭЭГ) показало увеличение амплитуды ранних потенциалов P100 в затылочной области в зрительной коре при снижении поздних височно-затылочной N170 и центрально-теменной P300, что указывает на поспешность, быстроту и грубую обработку социальных сигналов при ПРЛ вместо подробной и тщательной обработки [Izurieta

Hidalgo N. A. et al., 2016]. При этом анализ амплитуды P100 позволял исследователям оценить остроту декомпенсации пациентов с диагностированным ПРЛ в юности [Schneider I. et al., 2018].

Вторым важным компонентом эмоциональной дисрегуляции у пациентов с ПРЛ, приводящей к аффективной нестабильности, были явления негативной аффективности [Mason C. K. et al., 2021]. К формированию приводили когнитивные искажения, такие как катастрофизация, руминация и подавление мыслей, что способствовало усилению эмоциональной дисрегуляции. Когнитивные особенности способствовали присоединению тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств, где преобладали обсессивные идеи гетероагрессивного характера, с навязчивым контролем, возникновение и реализация которых была взаимосвязана с эмоциональной дисрегуляцией и поведенческими аддикциями [Bellino S., Bozzatello P. et al., 2015; Starcevic V., Brakoulias V., 2017; Горинов В.В., Шеховцева Е.С., Гадисов Т.С., Ткаченко А.А., 2021]. Предыдущие исследования показали, что когнитивная уязвимость полностью опосредует связь между интенсивностью/реактивностью аффекта и симптомами ПРЛ и формированием явлений негативной аффективности [Trull T. J., 2001; Koenigsberg H. W. et al., 2002]. Феномен негативной аффективности у пациентов с ПРЛ отличался нестабильностью с усилением на фоне неблагоприятных факторов среды, что обеспечивало высокий уровень враждебности и подозрительности у пациентов с ПРЛ по сравнению с пациентами с большим депрессивным расстройством [Trull T. J., Solhan M. et al., 2008; Carpenter R. W., Trull T. J., 2013]. Когнитивная и эмоциональная чувствительность пациентов с ПРЛ в юности являлась одной из причин возникновения диссоциативных состояний и когнитивных перцептивных расстройств и являлась благоприятной почвой для формирования расстройств самоидентификации [Westen D., Betan E. et al., 2011], которые у этих пациентов описаны с первых исследований, посвященных феномену ПРЛ [Stern A., 1938; Deutsch H., 1942], и представлены в актуальных научных работах [Bottessi G. et al., 2018; Sloan E., Nail K. et al., 2019; Daros A. R., Williams G. E., 2019]. Нарушения

самоидентификации при ПРЛ в юности характеризовались нарушенным представлением о собственном «я», низкой оценкой собственных возможностей, трудностями в распознавании собственных эмоций [Harpoth T., Kongerslev M. T. et al., 2020]. Отрицательное влияние нарушений самоидентификации на межличностные отношения приводило к появлению чувства отверженности, сопровождающиеся ощущением «внутренней пустоты», с образованием созависимых и «абьюзивных» отношений [Sharp C., Fonagy P., 2015].

Вышеописанный полиморфизм клинической структуры ПРЛ в юности приводил к высокой распространенности поведенческих расстройств в виде импульсивных поступков, гетероагрессивного и аутоагрессивного поведения [Guilé J. M, Boissel L., 2018; Vanwoerden S., Byrd A. L. et al., 2022] с присоединением аддиктивного поведения как в виде химических зависимостей (употребление алкоголя, наркотиков) [Scalzo F., Hulbert C. A. et al., 2018], так и поведенческих вариантов расстройств влечения (игровая и интернет-зависимость) [Jorgenson A. G. et al., 2016; Munno D., Saroldi M. et al., 2015]. К поведенческим вариантам аддиктивного поведения можно было отнести стремление к рискованным увлечениям и выбору профессии [Winsper C. et al., 2016], а также формированию разнообразных сексуальных аддикций [Anderson S., Laaser M. R., 2019]. По мнению ряда исследователей, различные варианты аддиктивного поведения являлись разновидностью компенсации явлений эмоциональной дисрегуляции [Trull T. J., Sher K. J. et al., 2000; Scalzo F., Hulbert C. A. et al., 2018]. При этом аддиктивные расстройства оказывали обратный эффект, значительно усиливая нарушения самоидентификации, аффективную нестабильность, повышая риск возникновения психотических расстройств и аутодеструктивного поведения, и являлись дополнительным фактором, затрудняющим терапию пациентов с ПРЛ [Paris J., 2014]. Таким образом, аддиктивное поведение в структуре ПРЛ приводит к стойкому нарушению социального функционирования и повышению суицидального риска [Lu W. H. et al., 2017; Wu J. Y. W., et al., 2016; Zadra S., Bishof G. et al., 2016; Dalbudak E., Evren C., Aldemir S. et al., 2014]. В ряде случаев обнаружена тенденция встраивания самоповреждающего поведения в структуру

поведенческих аддикций, что обеспечивает последующую высокую частоту рецидивирования аутоагрессивных поступков [Cavelti M., Kaess M., 2020].

Одним из критериев ПРЛ в международных классификациях были преходящие транзиторные психотические расстройства. Впервые возможность возникновения психотических состояний у пациентов с ПРЛ юношеского возраста отмечена в ранних работах, посвященных данной проблеме [Knight R., 1953], и продолжена С. R. Pfeffer et al. (1983). В эволюции представлений о психопатологии феномена ПРЛ психотические эпизоды нередко исключались из диагностики данного расстройства личности [Kernberg O. F., 1967] и относились к шизофреническому спектру [Kety S. S. et al., 1968; Pfeffer C. R., 1983; Zandersen M., Parnas J., 2019]. Другая часть исследователей считала их частью сложной психопатологической структуры ПРЛ в юности [Cavelti M., Lerch S. et al., 2021]. Структура психотических эпизодов при ПРЛ представлена ослабленной транзиторной психотической симптоматикой в виде отрывочных бредовых идей преследования, рудиментарных обманов восприятия [Os J. V. et al., 1998; Shultze-Lutter F., 2009; Kelleher I. et al., 2012; Румянцев А. О., 2018]. В современных исследованиях психотические эпизоды у пациентов с ПРЛ взаимосвязаны с интенсивностью явлений аффективной нестабильности, нарушений самоидентификации и диссоциативными расстройствами, систематическим употреблением психоактивных веществ, что значительно утяжеляло прогноз данных состояний [Cavelti M., Thompson K. et al., 2021]. В то же время исследователями отмечена транзиторность и ситуационная обусловленность психотических симптомов при ПРЛ, однако преобладание психотических симптомов в клинической картине могло служить причиной трансформации диагноза в сторону шизофренического спектра [Cavelti M., Thompson K. et al., 2019] и обуславливало включение некоторыми исследователями ПРЛ в группу ультравысокого риска развития психотических состояний [Ryan J. et al., 2017; Cavelti M., Thompson K. et al., 2021; Minarikova K. B., Prasko J. et al., 2022].

Аутоагрессивная активность при ПРЛ в юношеском возрасте

Аутоагрессивная активность включена в диагностические критерии ПРЛ в МКБ-10, МКБ-11 и DSM-5, при этом подтверждена их валидность и достоверность в подростково-юношеском периоде [Nock M. K. et al., 2006]. Нередко именно самоповреждающее поведение приводит к обращениям за профессиональной медицинской помощью и является одним из явных признаков наличия психического неблагополучия, характеризует выраженность психопатологической структуры расстройства [Biskin R. S., Paris J. et al., 2021]. Основные психопатологические синдромы ПРЛ в виде импульсивности, аффективной нестабильности, нарушения самоидентификации, входящие в критерии данного расстройства личности, предрасполагают к поведенческим расстройствам, включая несуицидальные самоповреждения (НССП) и суицидальную идеацию, по сравнению с другими типами РЛ, и последующее их рецидивирование [Cavelti M., Kaess M., 2020]. Исследователями отмечено, что несуицидальные самоповреждения имеют различные причины возникновения и могут развиваться как по импульсивному механизму [Hutsebaut J., Aleva A., 2021], так и вследствие тяжелых нарушений самоидентификации [Guilé J. M, Boissel L., 2018; Kaess M. et al., 2014]. Большинство авторов подтверждают наибольшее число НССП без намерения лишить себя жизни при ПРЛ по сравнению с другими типами РЛ и психическими расстройствами, их широкий диапазон [Turner B. J. et al., 2015]. НССП среди взрослого населения с ПРЛ в общей популяции составляют от 4% до 6%, среди молодежи от 15% до 38% [Klonsky E. D. et al., 2011], а у пациентов психиатрических клиник в юношеском возрасте данные показатели уже составляют 65–80%, причем 9% от их числа в дальнейшем погибают от суицида [Brickman L. J. et al., 2014]. Было подтверждено, что НССП в юношеском возрасте несколько чаще встречались при пограничном расстройстве личности, чем при нарциссическом, тогда как суицидальные попытки, напротив, с большей частотой определялись при нарциссическом расстройстве личности [Крылова Е. С. и др., 2020]. НССП в диагностических критериях выделяют отдельно от суицидального поведения, но большинство авторов рассматривают их в качестве предикторов

суицидальных попыток, обнаруживающих высокую степень взаимосвязи в юношеском возрасте, в том числе при ПРЛ [Ribeiro J. D., 2015; Reichl C., Kaess M., 2021].

По мнению некоторых авторов, для пациентов с ПРЛ был характерен повышенный болевой порог, который мог быть обусловлен угнетением миндалевидного тела и усилением отрицательной обратной связи между лимбической и медиальной префронтальной областями, что отражает повышение подавляющих нисходящих путей при ПРЛ [Schmahl C., Baumgärtner U., 2015]. В соответствии с этой гипотезой активность миндалевидного тела снизилась больше у лиц с ПРЛ, по сравнению со здоровыми добровольцами, и функциональная связь с верхней лобной извилиной восстанавливалась после надреза на предплечье [Reitz S., 2015]. Усиление связи между задней островковой долей, вовлеченной в связанную с аффектом обработку боли, и дорсолатеральной префронтальной областью коры вызывают некорректную оценку боли, что способствует снижению чувствительности при ПРЛ [Niedtfeld I. et al., 2012]. Таким образом, ощущение боли — а не повреждение тканей — приводит к субъективному снижению стресса у пациентов с ПРЛ [Willis F. et al., 2017]. В настоящее время, с учетом накопленного исследовательского материала, существуют ограниченные данные о механизмах развития НССП при ПРЛ, хотя в последнее время все больше уделяется внимание изучению predispositional факторов их формирования [Fonagy P. et al., 2015; Winsper C. et al., 2017].

Суицидальная активность у пациентов с ПРЛ в течение жизни оценивается в 8–10% [Oldham, 2006]. По данным P. H. Soloff et al. (2000), пациенты с ПРЛ совершают не менее трех попыток самоубийства на протяжении жизни. M. Pompili с коллегами (2004) в метааналитическом исследовании отмечают, что суицидальность при ПРЛ представляет высокую опасность для их жизни, нарастающую с возрастом. В крупномасштабных исследованиях установлено, что среди пациентов с ПРЛ, обращавшихся за неотложной помощью, погибает 3–6% [Hawton K., 2003; Gunderson J. G., 2011; Zanarini M. C., 2012; Temes C. M., 2019]. В двух катамнестических исследованиях (15- и 27-лет) было определено, что

средний возраст самоубийств среди пациентов с ПРЛ составляет 30 лет [Stone M. H., 1990] и 37 лет соответственно [Paris J., 2001]. Эти данные подтверждают предположение, что пациенты с ПРЛ меньше подвержены риску самоубийства в юношеском возрасте [Paris J., 2019]. Также отмечено, что в течение жизни пациенты с ПРЛ погибают лишь при тяжелом течении заболевания, при персистенции психопатологической симптоматики [Paris J., 2003].

Изучение полиморфной структуры ПРЛ способствовало выделению исследователями различных вариантов пограничного расстройства личности [Millon T. et al., 2004; Critchfield K. L., Clarkin J. F., 2008; Sleuwaegen E., Claes L. et al., 2017; Duica L., Antonescu E. et al., 2022]. Millon T. (2004) выделял несколько разновидностей ПРЛ. Discouraged (депрессивное, унылое ПРЛ), с преобладанием избегающей и зависимой модели поведения, со склонностью к формированию созависимых отношений с партнерами, опасениями быть отвергнутым, преобладанием депрессивного фона настроения с идеями малоценности, самообвинения, приводящее к актуализации аутоагрессивных поступков и суицидального поведения. В импульсивной разновидности ПРЛ, выделенной Millon T. (2004), поведенческие расстройства и антисоциальное поведение было взаимосвязано с демонстративными поступками, с драматизмом, желанием разнообразия стимулов и нетерпимостью к скуке. Для раздражительного типа (Petulant) был характерен поведенческий негативизм, пассивно-агрессивные реакции с выраженной подозрительностью, недоверием к окружающим, бурными эксплозивными вспышками агрессии. Для саморазрушительной разновидности ПРЛ были свойственны модели поведения, сочетающие в себе, с одной стороны, конформизм, с другой — оппозиционность к окружающим. Наличие постоянного внутреннего конфликта с амбивалентным установками по типу «конфликтной покорности» способствовало нарастанию внутреннего напряжения, соматизации жалоб и являлось фактором, приводящим к возникновению аутоагрессивных поступков и суицидальных попыток.

В более поздних исследованиях предпринимались попытки выделения типов ПРЛ на основе психометрических данных [Sleuwaegen E., Claes L. et al., 2017].

В данном исследовании выделялось 4 типа ПРЛ с преобладанием в клинической картине поведенческих расстройств и эмоциональной дисрегуляции по типу алекситимии, разновидность с доминированием депрессивных симптомов, ПРЛ с высоким уровнем самоконтроля и социальной адаптации и тип ПРЛ, где все клинические симптомы представлены равномерно.

Несмотря на предпринятые попытки дифференциации ПРЛ, в данных исследованиях не проводилась полноценная клиничко-психопатологическая оценка изучаемых состояний с выделением ведущих синдромов и оценкой взаимосвязи с коморбидными расстройствами, данные исследования были сосредоточены на контингенте больных взрослого возраста, которые не учитывали влияние патопластического фактора юношеского возраста на формирование и клинические проявления ПРЛ, что актуализует клиничко-психопатологические исследования на пациентах юношеского возраста.

Таким образом, опираясь на данные литературных источников и предыдущих исследований, правомочность установления диагноза ПРЛ в юношеском возрасте не вызывает сомнений. В то же время сохраняется ряд проблем, связанных с верификацией диагноза в данном возрастном периоде, учитывая клинический полиморфизм, трудности дифференциальной диагностики с расстройствами аффективного и шизофренического спектра.

Высокий риск возникновения аутоагрессивного поведения с несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками подчеркивает актуальность разработки адекватной стратегии фармакотерапии и психотерапии. В литературных источниках наиболее часто используемыми и имеющими доказательную базу подходами для работы с клиентами с ПРЛ являются психотерапевтические методы лечения: схема-терапия; терапия, основанная на ментализации (МВТ); психотерапия, сфокусированная на переносе, и диалектико-поведенческая психотерапия (DBT), — которые доказали свою клиническую эффективность [Linehan M. M., 1993a; 1993b; Rafaeli E., Bernstein D. P., Young J., 2011; Biskin R., 2012; Sharp C., Fonagy P., 2015; Chanen A. M. et al., 2020].

Фармакологическая терапия пограничного расстройства личности, по мнению исследователей, имеет меньшую эффективность для стабилизации личностной структуры ПРЛ, однако достаточно эффективна в лечении коморбидных расстройств [Stoffers J., Völlm B. A. et al., 2010; Kaess M., 2014; Gunderson J. G. et al., 2018]. 40% пациентов с ПРЛ были прописаны три и более психотропных препарата, приблизительно 20% были назначены четыре или более, и примерно 10% — пять или более препаратов одновременно после постановки диагноза ПРЛ в 16-летнем проспективном исследовании [Zanarini M. C., Frankenburg F. R. et al., 2018]. Наиболее часто используемые препараты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, атипичные антидепрессанты, анксиолитики, нейролептики и стабилизаторы настроения [Zanarini M. C., Frankenburg F. R. et al., 2018]. Однако назначение данных препаратов не было рекомендовано FDA США для лечения ПРЛ [Kendall T. et al., 2010]. Медикаментозное лечение часто назначается врачами в стремлении облегчить жалобы пациентов на депрессию, изменение настроения или тревогу. Применение антипсихотиков второго поколения показывало свою эффективность в период декомпенсации, выраженных поведенческих расстройств, купирования самоповреждающей и суицидальной активности [Gunderson J. G. et al., 2018; Guilé J. M., Voissel L., 2018; Winsper C., 2021].

В настоящее время сохраняется необходимость в дальнейшей разработке стратегии оказания психофармакологической и психотерапевтической помощи. Остаются недостаточно изученными варианты динамики и прогноз ПРЛ в юношеском возрасте и после его завершения, вследствие гетерогенности психопатологической структуры, что является предметом дальнейших исследований.

ГЛАВА 2

Характеристика материала и методы исследования

2.1 Критерии отбора

Настоящее исследование выполнено в отделе юношеской психиатрии (руководитель — доктор медицинских наук, профессор В. Г. Каледа) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — профессор Т. П. Ключник) в период с 2019 по 2022 гг.

Критериями включения в исследование являлись:

1. Юношеский возраст (16–25 лет).
2. Установленный диагноз, согласно критериям МКБ-10: эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип F60.31.
3. Наличие информированного согласия.

Критерии невключения в исследование:

1. Присутствие в анамнезе отчетливых признаков, соответствующих критериям шизофрении (F20.X), наличие выраженной негативной симптоматики.
2. Сопутствующая соматическая, неврологическая или психическая патология, затрудняющая обследование.

Границы юношеского возраста (16–25 лет) определялись в соответствии с критериями ВОЗ (2011). В данном возрастном периоде завершается формирование ряда функциональных систем организма (нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой), а также социально-трудовое становление личности (завершение обучения в школе, колледже либо институте, служба в вооруженных силах, первое устройство на работу и установление взаимоотношений с противоположным полом).

Настоящее исследование проведено в соответствии с Хельсинккой декларацией всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. План исследования одобрен Локальным этическим комитетом НЦПЗ, протокол № 605 от

27.12.2019. Пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

2.2 Общая характеристика материала

В настоящем исследовании было изучено 143 больных: 57% — мужчины, 43% — женщины, — состояние которых в юношеском возрасте соответствовали критериям пограничного расстройства личности. Указанные больные составили 2 группы: клиническую (73 больных) и катамнестическую (70 больных).

Пациенты клинической группы (73 человека) — 59% — мужчины, 41% — женщины, проходившие амбулаторное и стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период 2019–2022, которым проводилось клиническое обследование с целью выявления психопатологических особенностей ПРЛ.

Для катамнестического исследования было отобрано 156 историй болезней и амбулаторных карт пациентов за период с 2006 по 2010 год. Из них 52 пациента оказались недоступны в связи со сменой места жительства, номеров телефонов, 34 пациента отказались от обследования. 70 пациентов были включены в катамнестическую группу, из которых 46 пациентов были обследованы дистанционно в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой (пандемия COVID-19), остальные пациенты продолжали находиться на катамнестическом и амбулаторном очном наблюдении в клинике НЦПЗ. Было обнаружено, что 3 пациента катамнестической группы погибли, 2 в результате совершения суицида, 1 — от сопутствующих соматических причин, связанных со злоупотреблением ПАВ и носительством опасных хронических инфекций (носительство гепатита С). Таким образом, для катамнестического обследования оказались доступны 70 пациентов, соответствующих критериям ПРЛ, — 43 мужчины (61%) и 27 женщин (39%), которые проходили амбулаторное и стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ с 2006 по 2010 год с диагнозом пограничное расстройство личности. К моменту проведения исследования продолжительность катамнеза составила $12 \pm 2,5$ года, а средний возраст $36,2 \pm 9,7$ лет.

Клиническая и катamnестическая группы больных по возрасту, полу и социально-демографическим характеристикам к моменту начала заболевания (Таблица 2.1) не имели значимых различий ($p>0,05$), что позволило экстраполировать результаты, полученные при анализе катamnестического материала, на всю когорту включенных в исследование больных \pm .

Таблица 2.1 — Социально-демографическая характеристика больных на момент первой госпитализации

Анализируемые параметры	Клиническая группа		Катamnестическая группа		ИТОГО больных	
	n	%	n	%	n	%
	73	100	70	100	143	100
Возраст начала заболевания						
10–11	33	45,2	29	41,4	62	43,4
12–13	25	34,2	23	32,9	48	33,6
16–17	15	20,5	18	25,7	33	23,1
Возраст первой госпитализации						
16–17	12	16,4	10	14,3	22	15,4
18–19	26	35,6	28	40,0	54	37,8
20–21	23	31,5	19	27,1	42	29,4
22–23	5	6,8	10	14,3	15	10,5
24–25	7	9,6	3	4,3	10	7,0
Уровень образования на момент первой госпитализации						
Среднее (общее)	38	52,1	37	52,9	75	52,4
Среднее специальное	12	16,4	9	12,9	21	14,7
Неоконченное высшее	15	20,5	20	28,6	35	24,5
Высшее	8	11,0	4	5,7	12	8,4
Социальный статус на момент первой госпитализации						
Школьник, учащийся колледжа	30	41,1	26	37,1	56	39,2
Студент вуза	18	24,7	24	34,3	42	29,4
Работа по специальности	2	2,7	3	4,3	5	3,5
Неквалифицированный труд	9	12,3	6	8,6	15	10,5

Не работает (без инвалидности)	14	19,2	11	15,7	25	17,5
Не работает (с инвалидностью)	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Из данных Таблицы 2.1 следует, что к началу заболевания возраст больных соответствовал возрастному интервалу от 10 до 17 лет (почти половина случаев — интервалу 10–11 лет, что соответствует раннему подростковому возрасту). Был проведен подробный анализ ряда характеристик семейного и социально-трудового статуса больных на момент как клинического, так и катамнестического этапов исследования. Большинство больных к моменту первичного обращения по поводу заболевания были учащимися школы, колледжей или студентами вузов (суммарно 68,6%). На момент начала заболевания все пациенты являлись учащимися средней или старшей школы

2.3 Методы исследования:

- клинико-психопатологический;
- клинико-катамнестический;
- психометрический (HDRS, HARS, BIS-11, PBQ-BPD, TAS, SCID-5);
- нейрофизиологический, совместно с лабораторией нейрофизиологии (руководитель — д. б. н., проф. А. Ф. Изнак);

- нейропсихологическое обследование совместно с м. н. с. Фатеевым Ю. С;

- статистический метод.

Клинико-психопатологический метод позволил выявить основные особенности, характерные для синдромов пограничного расстройства личности в юности, обусловленные патопластическим влиянием возрастного фактора, и на основе полученных данных и наблюдений разработать актуальную типологию ПРЛ.

Клинико-катамнестический метод применялся для определения особенностей динамики, траектории и дальнейших исходов ПРЛ по завершении

юношеского возраста, что является крайне значимым для прогностической оценки наблюдаемых состояний.

Психометрический метод применялся как один из дополнительных методов уточнения и верификации выделенных психопатологических разновидностей ПРЛ. Для оценки выраженности депрессивных и тревожных симптомов применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS и HARS). Для определения соответствия критериям ПРЛ использовался опросник из клинического интервью SCID-II. Для оценки тяжести и особенностей клинической картины использовался опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности PBQ-BPD [Butler A. C. et al., 2002; Кони́на М. А.; Холмогорова А. Б., 2016]. Выраженность эмоциональных расстройств оценивалась при помощи Торонтской алекситимической шкалы [Bagby M., Taylor G. J. et al., 1986; Старостина Е. Г. и др., 2010]. Шкала импульсивности Баррата [Patton J. H. et al., 1995; Ениколопов С. Н., Медведев Т. И., 2015] использовалась для оценки выраженности аддиктивного поведения и импульсивности. Для обобщенной оценки уровня социально-трудового функционирования и оценки обнаруженной динамики применялась шкала PSP (Personal and Social Performance scale) [Morosini P. L., Semisa D., Biffi G. et al., 1996] — шкала личностного и социального функционирования. Использовалось условное разделение на «благоприятную», «относительно благоприятную», «относительно неблагоприятную» и «неблагоприятную» динамику ПРЛ. Данная шкала использовалась для прогностической оценки исходов в проводимых ранее работах по юношеской психиатрии, что позволило провести интегративную оценку состояния больных, используя такие значимые параметры, как социально полезная деятельность, самообслуживание, межличностные отношения, агрессивное поведение пациентов. [Каледа В. Г., 2008; Омельченко М. А., 2011; Попович У. О., 2015; Румянцев А. О., 2018., Зяблов В. А., 2020].

Нейропсихологический метод

Для оценки исполнительных функций были использованы следующие нейропсихологические методики:

- Висконсинский тест сортировки карточек (*WCST*). Разработан в 1948 году Эстой Бергом и Дэвидом Грантом и используется для диагностики исполнительных функций пациента (формирование понятий, когнитивная гибкость, способность к обучению, персеверативные и неперсеверативные ошибки) [Полунина А. Г., Давыдова Д. М., 2004; D'Amato R. C., Hartlage L. C., 2008].
- Игровая задача Айова (*IGT*). Компьютеризированная версия разработана А. Бечаром в 1994 году и предназначена для оценки процесса принятия решения в условиях неопределенности.
- Компьютеризированная методика «Реакция выбора», составленная на основе одноименной методики из батареи тестов А. Р. Лурия. Используется для диагностики снижения функции контроля и трудностей в переключении.
- Тест «Башня Лондона», разработанный в 1982 году Тимом Шаллисом на основе головоломки «Ханойская башня» для оценки функций планирования [D'Amato R. C., Hartlage L. C., 2008].

Нормальность распределения данных проверялась по критерию Колмогорова-Смирнова. В связи с небольшим размером выборки, а также ненормальностью распределения данных были использованы непараметрические методы статистического анализа результатов исследования. Для оценки значимости использовался критерий Краскела-Уоллиса для К-независимых выборок (программа IBM SPSS Statistics 23).

Нейрофизиологическое исследование

С учетом, что нейробиологические основы и ЭЭГ-маркеры РЛ в юношеском возрасте изучены недостаточно, дополнительно совместно с сотрудниками лаборатории нейрофизиологии (рук. — д. б. н., проф. А. Ф. Изнак; вед. науч. сотр., к. б. н. Е. В. Изнак., ст. науч. сотр. Е. В. Дамянович) проведено сравнительное исследование по выявлению особенностей ЭЭГ у пациентов с ПРЛ и их корреляций с типологическими разновидностями. Фоновую ЭЭГ регистрировали до начала лечения, спектральный анализ ЭЭГ проводили в 8 узких частотных поддиапазонах.

Проводился статистический и корреляционный анализ совокупности ЭЭГ и клинических данных.

Статистический метод применялся для сравнительной оценки, верификации и объективизации полученных данных. Для проведения статистического анализа материала на всех обследованных больных были заполнены стандартизированные карты формализованной оценки параметров, разработанные в отделе юношеской психиатрии. Статистическая обработка проводилась в лаборатории доказательной медицины и биостатистики НЦПЗ (руководитель лаборатории — к. т. н. А. Н. Симонов) с помощью пакета программ STATISTICA 8.0 для Windows (StatSoft, USA). Использовались стандартные показатели описательной статистики (определение средних значений, медиан, доверительных интервалов, гистограмм распределения, оценка на нормальность распределений, установление стандартных отклонений). Выбор статистического метода проводился с учетом того, относятся ли два ряда сравниваемых данных к одной выборке (например, сравнение показателей у одной группы испытуемых в динамике) или к разным (сравнение показателей у двух групп испытуемых). Для определения статистической достоверности применялись методы статистического анализа для малых выборок с использованием критерия Пирсона χ^2 , позволяющего сопоставить распределение теоретических и эмпирических частот, и t-критерия Стьюдента для установления статистической значимости между параметрами, при этом достоверным считался уровень $p < 0,05$. При проведении непараметрического анализа различий между группами по методу χ^2 , в случае малого числа случаев в выборках (менее 5) применялась поправка Йетса. Для параметров, не имеющих нормального распределения, или при работе с порядковыми данными в независимых группах применялся непараметрический тест Манна-Уитни, позволяющий проверить наличие достоверных различий между двумя выборками после классификации и ранжирования сгруппированных данных. Для сравнения двух последовательностей с рандомизацией применялась программа Two-sample randomization test.

ГЛАВА 3

Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте

3.1 Общая характеристика динамики психопатологических синдромов при ПРЛ в юношеском возрасте

В результате проведенных исследований обнаружено, что динамика пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юношеском возрасте отличалась психопатологической неоднородностью. Явления аффективной нестабильности занимали здесь одно из центральных положений в совокупности с нарушениями самоидентификации, снижением контроля над импульсами, с присоединением самоповреждающего и аддиктивного поведения. Возникновение данных состояний было обусловлено высоким вмешательством аффекта в когнитивные функции с общим снижением способности к торможению импульсов при возникновении психотравмирующей ситуации, которые под влиянием возрастного фактора приобретали полиморфный характер, с формированием единого континуума психопатологических расстройств [Kaess M., 2014; Chanen A. M., 2015; Winsper C., 2015; Gunderson J. G. et al., 2018].

Совокупность вышеперечисленных характеристик при присоединении внешнего негативного фактора приводило к манифестации развернутой клинической симптоматики с поведенческими расстройствами и антивитальной активностью. В изученной когорте больных данные состояния характеризовались оппозиционными и протестными поступками, сопровождались конфликтностью, отрицанием общепризнанных авторитетов и этических норм. Одновременно наблюдалось расторможение влечений с эпизодами аддиктивного поведения в виде чрезмерного употребления алкоголя, психостимуляторов и других ПАВ, беспорядочными половыми связями, что создавало клиническое сходство наблюдаемых состояний с грубым психопатоподобным «гебоидным» поведением. Однако, в отличие от гебоидного синдрома, в динамике ПРЛ подобное поведение

было преимущественно направлено на снятие внутреннего напряжения и получения эмоциональной разрядки, которое у преобладающего большинства пациентов с ПРЛ сопровождалось нанесением несуицидальных самоповреждений (НССП). Нередко единичные НССП у пациентов с ПРЛ наблюдались в доклиническом периоде и являлись предвестником развития аффективных состояний и начального этапа систематического нанесения НССП с последующим появлением суицидальной активности.

В динамике ПРЛ юношеского возраста, аффективная нестабильность у части больных (31 пациент – 42,47%) постепенно трансформировалась в развернутые аффективные фазы с биполярной амплитудой, континуальными депрессивными, гипоманиакальными и аффективно смешанными состояниями. Структура фазы при ПРЛ юношеского возраста была представлена тревожно-дисфорическим аффектом близким к *unlust*, а также апатоангедоническими депрессиями с явлениями негативной аффективности. В представленных наблюдениях аффективные фазы были неоднородны, отмечалась многократная смена дисфорической, тревожной и апатической составляющих. Такие состояния расценивались как атипичные за счет присоединения коморбидных психопатологических и личностных проявлений, что придавало клинической картине характер «циклотимического диатеза» по G. Perugi (2011).

У другой группы больных (25 пациент – 35,62%) в динамике ПРЛ юношеского возраста отмечалось преобладание когнитивных нарушений с дихотомическим типом мышления [Suarez V., Feixas G., 2020], свойственного пациентам с ПРЛ, которое в совокупности с аффективными расстройствами и нарушениями самоидентификации создавало благоприятную почву для возникновения сверхценных образований [Zanarini M. C., Gunderson J., Frankenburg F., 1990; Judd P. A., 2012]. Дополнительными факторами, влияющими на динамику и психопатологические особенности формирования сверхценных идей, являлась лабильность аффекта и нестабильность самооценки при ПРЛ, что создавало предпосылки к быстрой трансформации фабулы, при сохранности сверхценного стремления к реализации. Основной тематикой сверхценных идей

была негативная оценка собственных возможностей с размышлениями о своей интеллектуальной или физической несостоятельности, сопровождающаяся постоянной потребностью сравнения себя с окружающими [Zanarini M. C. et al., 2013; 2016; Esmaeilian N. et al., 2019; Lieb K., Zanarini M. C., 2018]. У ряда больных на фоне психотравмирующих событий возникали депрессивные состояния со страхом потерпеть неудачу, с тревожными опасениями за свое будущее, которые могли внезапно смениться ощущением бессмысленности собственной жизни с формированием сверхценных экзистенциальных построений, при этом они нередко демонстрировали определенную осведомленность в отдельных областях философии, психологии, религии [Крылова Е. С., 2004; Бебуришвили А. А., 2009].

В ряде случаев обнаруживалось сочетание сверхценных экзистенциальных идей с нарушениями влечения, которые формировали «жизненный стиль» таких больных, что позволяло рассматривать их как отдельную группу (16 пациентов-21,92%). Для этих пациентов был характерен выбор профессии, связанный с высоким риском для жизни, предпочтение экстремальных условий трудовой деятельности с постоянным ощущением психического и физического напряжения, которое доставляло пациентам субъективное чувство удовольствия. Экстремальные увлечения и род деятельности были обусловлены желанием проверить свои возможности, испытать себя на «прочность». При этом в основе наблюдаемых состояний всегда была потребность в поиске новых впечатлений, для чего пациенты нередко выбирали карьеру профессиональных спасателей, сотрудников правоохранительных органов, на контрактной основе проходили службу в зоне боевых действий. Сфера увлечений и хобби также приобретала экстремальный характер. Примером таких увлечений являлся выбор спорта, связанный с риском для жизни, опасное управление автомобилем, мотоциклом и нанесением травм, выполнение каскадерских трюков. Часто сверхценные аддикции приводили к участию в азартной и мошеннической деятельности, что приводило к совершению криминогенных поступков с последующим привлечением к уголовной ответственности. Нередко аддиктивный образ жизни больных можно было квалифицировать как аутоагрессивное поведение, которое в период

выраженных клинических проявлений со стороны аффективной сферы, становилось причиной социальной и трудовой дезадаптации. Пациенты постепенно теряли прежнюю продуктивность, появлялись явления негативной аффективности, с преобладанием ангедонического и дисфорического компонента, которые пациенты пытались самостоятельно купировать при помощи употребления алкоголя и различных ПАВ. Нередко пациенты вовлекались в игровую и азартную деятельность, что становилось значительным негативным социальным фактором, дополнительно влияющим на усиление явлений декомпенсации. Наиболее частой причиной обращения за специализированной медицинской помощью было усиление аффективной нестабильности, усугубление социальной дезадаптации, а также воздействие средовых факторов. Усиление в период декомпенсации поведенческих расстройств нередко приводило к несчастным случаям, актуализации самоповреждающего поведения, что на высоте болезненного состояния было причиной госпитализации в психиатрические учреждения. Нередкими были обращения пациентов за специализированной помощью вследствие присоединения химических аддикций к психопатологической структуре ПРЛ юношеского возраста. Длительное злоупотребление ПАВ вызывало ряд негативных эффектов, таких как появление психологической и физической зависимости, усиление депрессивного аффекта с формированием аддиктивных депрессий [Loas G. et al., 2005; Perugi G. et al., 2011], с высокой частотой развития химических интоксикаций и связанной с этим опосредованной смертностью от передозировки ПАВ и несчастных случаев.

Ипохондрические сверхценные идеи (8 пациентов – 11%) были менее встречаемыми в структуре аффективных состояний при ПРЛ и характеризовались явлениями соматотонии [Смулевич А. Б., 2012; Sheldon W., 1942]. Клинически «соматотония» отражалась в формировании «культы тела», направленного на укрепление мышечной мускулатуры, с регулярным и иногда чрезмерным посещением тренажерных залов с целью достижения физического превосходства с субъективно приятными ощущениями собственной ловкости и подвижности. Феномен соматотонии занимал промежуточную позицию между

ипохондрическими и дисморфофобическими расстройствами и в большинстве случаев встраивался в образ жизни пациентов с ПРЛ, становясь частью аддиктивного поведения [Смулевич А.Б., Волель Б.А., Романов Д.В., 2008].

Дисморфофобические сверхценные идеи в динамике ПРЛ юношеского возраста в большинстве случаев были характерны для девушек. Данные сверхценные образования возникали на высоте депрессивного аффекта, часто сопровождалась деперсонализационными расстройствами. Наиболее распространенными идеями у обследованных пациентов являлось недовольство собственной внешностью, часто больные тяготились наличием лишнего веса, недостатками фигуры. Содержание идей физического недостатка, как правило, отражало обычный для этого возрастного периода сверхценный интерес к собственной внешности. Идеи физического недостатка имели преимущественно политематический характер, нередко сочетались с идеями самообвинения, самонаказания. Пациенты стремились компенсировать «дефект» внешности, обращались за помощью к различным специалистам, использовали специальные диеты для похудения. На этом фоне значительно повышался риск развития коморбидных состояний, в частности расстройств пищевого поведения, которые со временем включались в структуру аддикций. У малозначительной части исследованных больных отмечались сверхценные дисморфофобические идеи нарушения гендерной идентичности [Seikowski K., 2008; Reuter T. R., Sharp C. et al., 2016]. Такие больные предъявляли жалобы на несоответствие своего внешнего облика и фигуры с их собственными ощущениями. В отличие от остальных сверхценных идей, они обладали большей стойкостью, часто сопровождалась выраженными диссоциативными симптомами достигающей степени соматопсихической деперсонализации с присоединением аутоагрессивного и аутодеструктивного поведения, которые было направлено на попытки коррекции своего пола. Поводом для обращения к психиатру в данном случае становилось самостоятельное назначение гормональной терапии без медицинских показаний, рецидивирующее аутодеструктивное поведение с деперсонализационными

самоповреждениями и суицидальными попытками, которое требовало оказания специализированной медицинской помощи.

Особое внимание заслуживали кратковременные транзиторные психотические состояния, которые имели перед возникновением четкую связь с экзогенной и реактивной провокацией [Cavetti M., Thompson K., Chanen A. M. et al., 2021]. Пациенты с пограничным расстройством личности юношеского возраста относятся рядом авторов к ультравысокому риску возникновения психотических состояний (UHR) [Thompson A., 2012; Ryan J. et al., 2017]. Транзиторные психотические состояния, возникающие в динамике ПРЛ, имели в своей структуре ярко выраженные диссоциативные симптомы [Bateman A. W., Fonagy. P., 2003; Nivoli A., Nivoli L. F., Antonioli M. et al., 2019], которые чаще всего возникали в виде острых реакций на внешние стрессовые воздействия. Диссоциативная симптоматика включала деперсонализационные расстройства, которые пациенты описывали как чувство оторванности собственной личности от реальности, сообщали о полной или частичной потере возможности в полной мере воспринимать собственные эмоции и способности распознавать эмоции других людей. В ряде случаев на высоте болезненного состояния возникало кратковременное ощущение потери контроля над своими мыслями и поступками, сопровождавшимся перцептивными расстройствами, в виде элементарных обманов восприятия. Диссоциативная симптоматика с транзиторными симптомами часто была следствием длительного периода злоупотребления ПАВ и являлась одной из причин первичного обращения пациентов за стационарной психиатрической помощью.

Расстройства самоидентификации у изученных пациентов формировались под воздействием психотравмирующих ситуаций и нередко были связаны с неблагоприятной семейной ситуацией, перенесенным насилием в детском или подростковом возрасте [Bradley R., 2005]. Наиболее выраженные расстройства самоидентификации были обнаружены в группе пациентов с когнитивными искажениями и дихотомическим «черно-белым» мышлением [Kernberg O. F., 1975; Linehan M. M., 1987; Napolitano L. A., McKey D., 2007]. Когнитивные искажения

обуславливали характерный для ПРЛ сплиттинг эмоциональной сферы, сочетающей в себе, с одной стороны, явления болезненной бесчувственности и алекситимии, с другой — эмоциональную гиперчувствительность (сенситивность) [Winnicott D. W., 1963; Lieb K., Zanarini M. C., 2004; Barazandeh H., Kissane D. W. et al., 2018], что в совокупности формировало механизм патологической привязанности и «оборонительной диссоциации» [Stern D., 1999; Bateman M. A., Fonagy F. V. A., 2003]. Для этих больных была характерна крайность и радикальность суждений, безразличие к мнению и чувствам окружающих с эмоциональной холодностью и жесткостью, которая чередовалась с чрезмерной вовлеченностью, чувствительностью к проблемам окружающих с явлениями патологического альтруизма [Meaney R., Hasking P., Reupert A. et al., 2016]. Ослабленная способность распознавать чувства и потребности других, приводило к устойчивому восприятию социального окружения в негативном свете, что в период выраженных клинических проявлений могло способствовать образованию рудиментарных сенситивных идей отношения [Carpenter R. W., Trull T. J., 2013]. Эмоциональный сплиттинг влиял на способность к социальному и межличностному взаимодействию больных ПРЛ юношеского возраста, нередко приводил к формированию созависимых отношений, где пациенты стремились найти в партнере «точку опоры». Постепенно созависимые отношения у больных с ПРЛ приобретали контролирующий обсессивный характер, что способствовало образованию внутреннего напряжения, что в дальнейшем обуславливало реализацию импульсивно-компульсивного механизма в возникновении поведенческих расстройств, ауто- и гетероагрессивных поступков. При этом импульсивно-компульсивные поступки не обеспечивали больным ощущения субъективного облегчения, приводили к депрессивным размышлениями собственной неполноценности и бесперспективности, которые пациенты описывали как чувство «внутренней пустоты».

Когнитивные искажения и тревожно депрессивный аффект усиливали явления невротической фиксации, что актуализировало сопутствующие обсессивно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства,

сопровождающиеся высоким уровнем тревоги. Содержанием тревожного и обсессивно-фобического компонента был страх продемонстрировать себя перед окружающими в невыгодном свете, обнаружить свою интеллектуальную несостоятельность или физическую непривлекательность, что являлось одним из факторов для образования сверхценных идей дисморфофобической направленности. Обсессивно-фобические феномены были тесно связаны с реальными жизненными событиями и пессимистическими установками больных. Расстройства невротического регистра негативно влияли на когнитивные способности, запуская механизм навязчивого руминативного самоанализа. Больные с ПРЛ отмечали сомнения в правильности своих поступков, испытывали потребность в перепроверке уже достигнутых результатов. Субъективно неприятные воспоминания прошлого также становились частью руминативного самоанализа, при этом сохраняя чуждый для больного навязчивый характер переживаний. Руминативный комплекс сосуществовал одновременно со сверхценными экзистенциальными размышлениями, которые нередко усиливали идеи собственной несостоятельности, актуализировали антивитаальные размышления. Нередко отмечалась коморбидность с другими состояниями невротического регистра, которые были представлены паническими атаками со страхом смерти, агоро- и клаустрофобией, а также контрастными обсессиями. Контрастные обсессии в динамике ПРЛ юношеского возраста характеризовались образными представлениями политематической структуры. Примером таких состояний могло быть развитие неизлечимого заболевания у себя или своих близких, опасение стать жертвой несчастного случая, подвергнуться нападению неизвестных. У некоторых исследованных больных было обнаружено усиление контрастных обсессий при присоединении сверхценных образований ипохондрической структуры. Постепенно происходило формирование негативных психологических защитных механизмов, усиливалась подозрительность, недоверие к окружающему. Больные чаще отказывались от неформального общения, испытывали трудности в коммуникации, временами полностью обрывали социальные контакты.

Совокупность вышеперечисленных характеристик и полиморфность психопатологической картины приводило к возникновению самоповреждающего поведения, в формировании которого происходило взаимодействие различных факторов, таких как частичная утрата контроля над импульсами на высоте аффективного напряжения, снижение чувствительности больных при ПРЛ к болевым ощущениям, что впоследствии формировало патологическую взаимосвязь между аффективным напряжением и процессом самоповреждения. В свою очередь, это клинически отражалось в преимущественно импульсивном и деперсонализационном характере самоповреждений, в виде нанесения поверхностных порезов, как способ «контроля и снятия внутреннего напряжения». Аутоагрессия была представлена несуицидальными самоповреждениями (НССП) и суицидальными попытками (СП). Зачастую пациенты с ПРЛ впервые попадали в поле зрения врачей-психиатров в связи с суицидальными попытками или эпизодами brutального самоповреждающего поведения, которые требовали стационарирования. НССП могли быть включены в структуру суицидального поведения или существовать изолированно, как защитный поведенческий механизм [Plener P. L. et al., 2015; Brown R. C. et al., 2017; Крылова Е. С. и др., 2019; 2020]. В настоящем исследовании НССП у большинства пациентов с ПРЛ становилось рецидивирующим и являлось важным диагностическим предиктором суицида в будущем.

В динамике ПРЛ юношеского возраста реже встречались коморбидные психосоматические расстройства, представленные в основном соматоперцептивными нарушениями с конверсиями и телесными ощущениями. Данные состояния характеризовались разнообразными патологическими ощущениями в виде «кома» в горле, головными болями, распространяющиеся по типу «обруча» или «каска». Наблюдалась взаимосвязь соматоперцептивных расстройств с ипохондрическими сверхценными идеями по типу соматотонии, где телесные ощущения становились основным фактором, усиливающим идеаторный компонент соматотонии. В качестве дополнительных психопатологических признаков психосоматических расстройств выступала их демонстративная

выразительность с оттенком утрированности и нарочитости с внезапностью появления и исчезновения болезненных расстройств [Смулевич А. Б., 1999; 2012].

Полиморфизм психопатологической структуры с неравномерным распределением клинических симптомокомплексов в динамике ПРЛ юношеского возраста, позволил сделать вывод о гетерогенности изучаемого состояния. Полученные результаты сопоставлялись с литературными данными [Torgesen S. et al., 2000; Kaess M., 2014; Gunderson J., 1975; 2011; 2018], однако влияние юношеского возраста вносило собственные трудности в разграничении патологических состояний, что во многом затрудняло решение важных диагностических, терапевтических и прогностических вопросов.

Таким образом, на основании анализа наблюдений была разработана актуальная типология ПРЛ в юности, призванная улучшить понимание изучаемого феномена, сформировать рациональные психофармакологические и психотерапевтические тактики.

3.2 Типологические дифференциации ПРЛ

Для построения клинической типологии были проанализированы общие характеристики и особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. При сопоставлении частоты, выраженности и последовательности формирования обнаруженных симптомокомплексов и психопатологических единиц были выделены 3 разновидности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте: с преобладанием эмоциональных расстройств по типу аффективного шторма [Kernberg O. F., 2003; Goodman M., 2009] — I тип; с доминированием расстройств влечения и аддиктивной адреналиномании — II тип; с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации — III тип (Рисунок 3.1).

Для определения сходства и различий аутоагрессивного поведения при различных разновидностях ПРЛ в юношеском возрасте была применена разработанная ранее типология НССП и суицидального поведения [Крылова Е. С. и др., 2019; Каледа В. Г. и др., 2020].

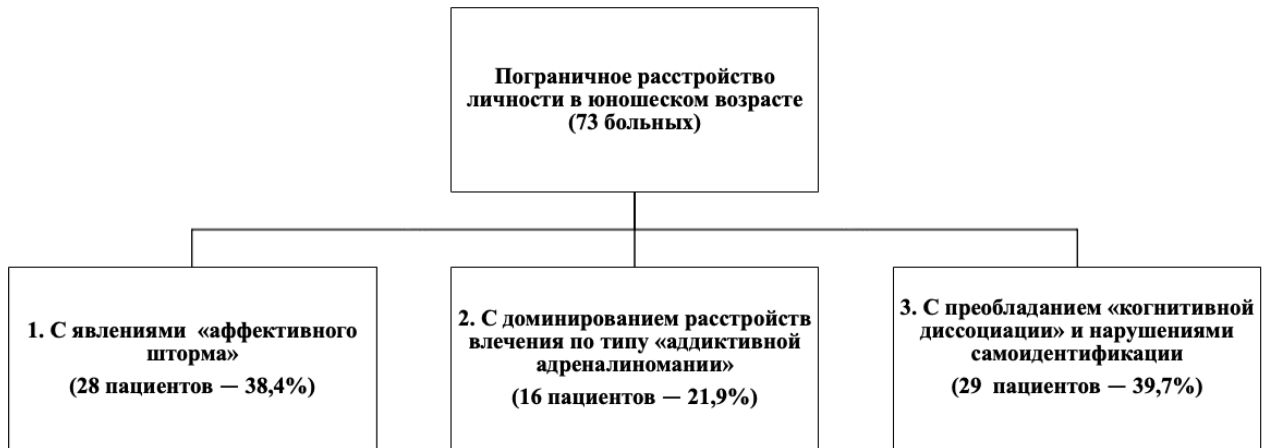


Рисунок 3.1 — Типологические разновидности ПРЛ в юношеском возрасте

3.2.1 Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» (28 пациентов — 38,4%)

Аффективные нарушения доминировали в психопатологической составляющей данной разновидности динамики пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. Больные одновременно отмечали у себя ощущение подавленности, «опустошенности», сочетающееся с выраженным эмоциональным напряжением в виде тревоги и раздражительности. Одновременное сосуществование различных типов аффекта приводило к развитию феномена «аффективного шторма» [Kernberg O. F., 2003], заключающееся в наличии выраженных несистематизированных высокоамплитудных аффективных колебаний с поведенческими расстройствами и самоповреждающим поведением. На высоте аффекта было характерно образование сверхценных идей экзистенциальной, дисморфофобической, ипохондрической направленности. Экзистенциальные сверхценные идеи в совокупности с расстройствами самоидентификации способствовали утрате способности позитивно воспринимать окружающие события, влияли на становление мировоззрения больных, обуславливали пессимистическую оценку будущего и собственной жизни [Zanarini M. C., 2018]. Такое состояние «экзистенциальной фрустрации» [Frankl V.,

1963] являлось дополнительным фактором усиления аффективной нестабильности. Употребление ПАВ оказывало обратный, отрицательный эффект и усиливало амплитуду аффективных колебаний.

Совокупность вышеперечисленных характеристик приводило к актуализации антивитальной активности с сопутствующим высоким суицидальным риском. Согласно полученным результатам оценки антивитальной активности было выявлено преобладание несуйцидальных самоповреждений у 17 пациентов — 68% (от количества пациентов клинической группы с НССП), которые совершались импульсивно на высоте аффективного напряжения, сопровождались эмоционально насыщенными чувствами напряжения, гнева, обиды, ощущением «невыносимости» своего состояния и становились для больных «выходом» из нетерпимой для них ситуации. Нередко для данной группы пациентов нанесение НССП приобретало демонстративный характер с желанием привлечь внимание окружающих к своим проблемам, поиском помощи. Данной разновидности динамики ПРЛ в юношеском возрасте было свойственно присоединение суицидальной активности с образованием сочетанного механизма самоповреждающего поведения, включающего в себя как НССП, так СП (6 пациентов — 24%). Суицидальные попытки в данном случае являлись продолжением несуйцидальных самоповреждений и во всех наблюдаемых случаях были импульсивными. В отдельных случаях отмечалось возникновение изолированных суицидальных попыток (2 пациента — 8%), формирующихся по импульсивному и в меньшей степени деперсонализационному механизму, которые образовывались на высоте депрессивного аффекта и при незначительной психотравмирующей ситуации имели свойство мгновенно реализовываться.

При данной разновидности пограничного расстройства личности в юности основными коморбидными психопатологическими расстройствами являлись континуальные биполярные аффективные фазы, при которых манифестация чаще развивалась с депрессивного эпизода. Менее встречаемыми для данной разновидности ПРЛ в юности были обсессивно-фобические, обсессивно-компульсивные и психосоматические расстройства.

3.2.2 Пограничное расстройство личности с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адренолиномании» (16 пациентов — 21,9%)

В динамике данной разновидности ПРЛ в юношеском возрасте нарушения влечения занимали одну из ключевых позиций и были представлены поведенческими (сверхценными) аддикциями [Brown M., Allen J. S. et al., 2015; Vaddiparti K., Cottler L. V. et al., 2017], высокая степень выраженности которых приводила к социальной изоляции и выраженной учебной дезадаптации больных с формированием соответствующего зависимого образа жизни и нередко приводило к возникновению аддиктивных депрессий [Loas G. et al., 2005]. Структура таких состояний характеризовалась преобладанием тимического компонента с явлениями гневливой абстиненции над идеаторным, с obsессивной фиксацией на объекте зависимости [Aaronson C. J., Bender D. S. et al., 2006; Buchheim A., Carol G., 2011]. Постоянное аффективное напряжение становилось благоприятной почвой для образования сверхценных аддикций, где одной из самых распространенных являлось патологическое стремление к игровой деятельности, ставкам и риску, которые были обозначены рядом авторов как «сверхценный комплекс адренолиномании» [Короленко Ц. П., Овчинников А. А. и др., 2019].

Данные расстройства сопровождалась выраженным аффективным напряжением с чувством азарта, субъективной необходимостью снять «напряжение», с последующей потерей контроля и критики, что приводило к актуализации поведенческих расстройств. Другая группа пациентов выбирала экстремальные увлечения — опасный спорт, участие в каскадерских трюках — с нарушением техники безопасности при управлении транспортными средствами. Для части больных с явлениями аддиктивной адренолиномании было свойственно проявлять общественную и политическую активность. Такие пациенты вступали в различные неформальные и радикальные объединения и организации, становились приверженцами различных субкультур. При этом пациенты не имели четко сформированных позиций и представлений о собственной деятельности, были

ориентированы на «поиск драйва», нежели на смысловое содержание и реализацию убеждений. Нередко у таких пациентов обнаруживались сверхценные интересы экзистенциального содержания, которые отличались поверхностностью содержательного комплекса и также в большинстве случаев приводили к социальной изоляции.

Спортивные аддикции часто обнаруживали взаимосвязь со сверхценными идеями ипохондрического и дисморфофобического содержания, сопровождались различными телесными сенсациями, что вместе составляло феномен соматотонии по А. Б. Смулевичу [1999; 2019]. Сверхценные идеи в данном случае были первоначальным триггером для манифестации явлений соматотонии и формирования спортивных аддикций, что клинически проявлялось, с одной стороны, в стремлении к чрезмерным физическим нагрузкам, ограничении в питании, с другой — в возникновении ощущения физического превосходства и получении удовольствия от самого факта выполнения упражнений. Пациенты были фиксированы на достижение ожидаемых результатов в укреплении мышечной мускулатуры, получение возможности совершать различные сложные упражнения и трюки, что сопровождалось субъективно приятными ощущениями в конечностях. Спортивные аддикции нередко были включены в комплекс адрениномании, что дополнительно способствовало формированию влечений к опасным видам спорта и травмоопасной профессиональной деятельности. У всех больных данной группы наблюдалась тенденция к трансформации сверхценных идей в аддиктивную деятельность, что впоследствии встраивалось в личностную структуру и формировало «жизненный стиль» больных.

При оценке антивитальной активности у больных при динамике ПРЛ с доминированием расстройств влечения в юношеском возрасте обнаружено одновременное существование несуицидальных самоповреждений (8 пациентов — 88,9%) и несуицидальных самоповреждений с суицидальными попытками (6 пациентов — 11%) (Таблицы 3.1, 3.2). Для этой группы было характерно отсутствие изолированной суицидальной активности. В структуре НССП отмечалось преобладание демонстративно-шантажных и в ряде случаев

деперсонализационных самоповреждений. НССП обладали выраженной аффективной заряженностью, с фиксацией на объекте влечения. Однако постепенно роль аффекта в нанесении НССП уменьшалась, появлялась тенденция к встраиванию самоповреждающего поведения в структуру поведенческих аддикций. Еще одной особенностью аутоагрессивного поведения у данной разновидности ПРЛ в юности было стремление к нанесению себе татуировок и пирсинга [Favazza A. R., 1998; Levine A. Z., Aljabari R. et al., 2020]. Такие НССП могли наноситься впервые под влиянием значимого для больного события или ситуации, соответствовали мировоззрению и образу жизни больных.

Таким образом, данная разновидность пограничного расстройства личности была представлена достаточно сложной психопатологической картиной расстройств, сочетающей, помимо собственно нарушений влечений, аффективную составляющую, реактивно и экзогенно спровоцированные диссоциативные расстройства. Сопутствующие расстройства невротического и аффективного круга играли второстепенную роль при данной разновидности ПРЛ юношеского возраста. Однако в случае коморбидности с аффективными и невротическими расстройствами отмечалось углубление тимического и опосредовано идеаторного компонента депрессивной триады, что придавало клинической картине отчетливую атипичность, с усилением, с одной стороны, сверхценных поведенческих аддикций, с другой — повышением антивитаальной активности.

3.2.3 Пограничное расстройство личности с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации (29 пациентов — 39,7%)

Особенностью динамики данной разновидности ПРЛ в юношеском возрасте являлось преобладание нарушений самоидентификации с диссоциативными и обсессивно-компульсивными расстройствами. В основе данных состояний находились когнитивные искажения в виде ранее описанного дихотомического «черного-белого» мышления [Kernberg O. F., 1975; Linehan M. M., 1987; Napolitano L. A., McKey D., 2007], которые усугубляли явления эмоциональной сенситивности, с дефицитом контроля над импульсами, что обуславливало нестабильность аффективной сферы и образовывало обратную связь с

нарушениями самоидентификации. В клинической картине преобладала повышенная рефлексия с навязчивым самоанализом текущих и прошлых событий, которая на высоте сниженного фона настроения состояния приобретала характер руминаций. В ряде случаев выраженность симптомов достигала степени «помешательства сомнений» [Legrand du Saulle, 1875]. Однако, в отличие от больных с ОКР, у пациентов с ПРЛ отмечались образные контрастные представления в сочетании с идеями малоценности и деперсонализационными расстройствами, носящими сверхценный характер. Часто отмечалось формирование стойкого дисморфофобического комплекса, который отличался полимофностью и политематичностью своей структуры. У части больных дисморфофобический комплекс проявлялся в расстройствах гендерной идентичности и находил свою реализацию в сверхценном стремлении к изменению своего внешнего облика, несанкционированном приеме гормональных препаратов для придания своему телу феминных или маскулинных черт. Но в отличие от пациентов других нозологических категорий отсутствовало стремление к хирургической коррекции половых признаков, а идеи гендерной идентичности нередко использовались как приспособительный и манипулятивный механизм в социально-межличностных отношениях [Seikowski K., 2007., Singh D. et al., 2011].

Обсессивно-компульсивные феномены в большинстве случаев встраивались в нарушения самоидентификации и воспринимались пациентами с ПРЛ эгосинтонно, реализовывались в основном в личных и социальных отношениях с формированием созависимости. Структура таких отношений характеризовалась фиксированностью на объекте привязанности и сопровождалась высоким уровнем тревоги и контролирующего поведения с постепенным формированием явлений патологической привязанности и «оборонительной диссоциации» [Stern D., 1998; Bateman M. A., Fonagy F. B. A., 2003]. Неэффективность навыков и механизмов адаптации приводила к накоплению негативных эмоций, что, в свою очередь, дополнительно усиливало явления эмоциональной сенситивности и аффективной нестабильности, актуализировало импульсивно-компульсивные поступки. Поведенческие расстройства приводили к разрушительным последствиями для

имущества и личных вещей больных, сопровождались вербальной и иногда физической агрессией по отношению к родственникам и окружающим. Нередко когнитивная диссоциация сочеталась с расстройствами влечения с формированием особого аддиктивно-компульсивного варианта развития поведенческих аддикций. Преобладание obsessions определяло значительную их выраженность и нередко в сочетании с эпизодическим употреблением ПАВ формировало «порочный аддиктивный круг». Неэффективность контроля над аддиктивно-компульсивным поведением приводило к накоплению и усилению внутреннего напряжения, которое на высоте состояния становилось для больных невыносимым и нередко приводило к актуализации аутоагрессивного поведения и обращению за специализированной помощью.

Одной из особенностей данного типа при динамике ПРЛ юношеского возраста было наличие когнитивно-перцептивных расстройств, которые возникали в ответ на значимые для больных психотравмирующие ситуации и провоцировались приемом ПАВ. Данные состояния наблюдались в клинической картине в виде элементарных иллюзорных расстройств и обманов восприятия, не достигающих по своей выраженности галлюцинаторного и бредового уровня, и могли быть квалифицированы в рамках аттенуированного психотического синдрома [Омельченко М. А., Румянцев А. О., Каледа В. Г., 2018]. Диссоциативная симптоматика включала в себя деперсонализационный синдром, который описывался пациентами как чувство отчужденности с утратой возможности испытывать положительные эмоции. Не менее редкими в психопатологической картине отмечались явления аллопсихической деперсонализации с ощущением изменения восприятия окружающего мира, с утратой чувства вовлеченности в окружающие события. Подобные когнитивные искажения с перцептивными расстройствами и явлениями ауто- и аллопсихической деперсонализации на фоне депрессивного аффекта приводили к актуализации антивитаальных размышлений и аутоагрессивных поступков.

При данной разновидности динамики ПРЛ в юности преобладала как антивитаальная активность в виде изолированных СП (4 пациента — 14,8%) и СП,

сопряженных с НССП (9 пациентов — 33,3%), которые были представлены в основном импульсивными и деперсонализационными самоповреждениями, так и НССП вне суицидальной активности (14 пациентов — 51,9%). Основными предрасполагающими факторами для возникновения антивитальной активности были когнитивные искажения по типу дихотомического мышления и обсессивного невроза [Aaronson C. J., Bender D. S. et al., 2006] с наличием более уплощенного аффекта, с преобладанием негативной аффективности в структуре депрессивных состояний и явлений алекситимии. Данные психопатологические особенности обуславливали рациональный подход в возникновении суицидальной активности у таких больных, а также мотив и механизм самоповреждающего поведения. Суицидальные попытки в данной когорте могли существовать изолированно от НССП и были направлены на достижение желаемого для больного летального исхода с целью «остановить собственные страдания».

Другие психопатологические расстройства при данной разновидности динамики ПРЛ были выражены менее отчетливо и преимущественно характеризовались наличием конверсионных расстройств и вторичных нарушений влечения. Нередко отмечалась коморбидность с расстройствами пищевого поведения и другими нарушениями невротического регистра, которые встраивались в структуру, составляя единый континуум в динамике психопатологических расстройств при ПРЛ с явлениями когнитивной диссоциации.

3.3 Особенности аутоагрессивного поведения в зависимости от типологических разновидностей ПРЛ

При оценке аутоагрессивного поведения, включенного в диагностические критерии ПРЛ по МКБ-10, у 61 пациента (83,6%) с ПРЛ юношеского возраста была обнаружена антивитальная активность, представленная следующими разновидностями аутоагрессивных действий:

1. НССП, существующие изолированно, без суицидальной готовности.
2. НССП, включенные в суицидальную активность и сочетающиеся с суицидальными попытками.

3. Суицидальные попытки без предшествующих НССП (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 — Аутоагрессивная активность у пациентов в зависимости от типологической разновидности ПРЛ

Виды антивитальной активности	Разновидности ПРЛ							
	1 тип		2 тип		3 тип		Все больные	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Все больные	25	100	9	100	27	100	61	100
НССП	17	68,0	8	88,9	14	51,9	39	63,9
НССП + СП	6	24,0	1	11,1	9	33,3	16	26,2
СП	2	8,0	0	0,0	4	14,8	6	9,8
p	0,026		0,0281		0,031			
χ^2	11,021		11,252		10,640			

Примечание: НССП — несуицидальные самоповреждения; СП — суицидальные попытки; НССП + СП — несуицидальные самоповреждения + суицидальные попытки

В результате оценки антивитальной активности были обнаружены следующие корреляции. Отчетливое увеличение встречаемости НССП было выявлено в разновидности ПРЛ с преобладанием аффективного шторма (68,0% — 17 пациентов) и аддиктивной адреналиномании (88,9% — 8 пациентов). НССП в совокупности с суицидальными попытками были характерны для типологической разновидности ПРЛ с когнитивной диссоциацией (33,3% — 9 пациентов). Изолированная суицидальная активность отмечалась в большей степени у типологической разновидности с когнитивной диссоциацией (14,8% — 4 пациента) и не выявлялась у разновидности с аддиктивной адреналиномании (Таблица 3.1).

Полученные данные позволили выявить следующие корреляции: для разновидности динамики ПРЛ с преобладанием аффективного шторма были свойственны импульсивные (64% — 16 пациентов) и демонстративные виды аутоагрессивного поведения (24% — 6 пациентов). Для типологической разновидности с явлениями аддиктивной адреналиномании — преимущественно импульсивный и демонстративный характер самоповреждений (22,2% — 2 пациента), (33,3% — 3 пациента). В третьей типологической группе с

преобладанием когнитивной диссоциации был характерен деперсонализационный вид самоповреждающего поведения (51,9% — 14 пациентов) (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 — Распределение больных в зависимости от типологии ПРЛ и механизмов формирования аутоагрессивного поведения

Механизмы формирования аутоагрессивного поведения	Разновидности ПРЛ							
	1 тип		2 тип		3 тип		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	25	100	9	100	27	100	61	100
Импульсивный	16	64	2	22,2	6	22,2	24	39,3
Демонстративный	6	24	3	33,3	2	7,4	11	18
Деперсонализационный	3	12	0	0	14	51,9	17	27,9
Самоистязующий	0	0	0	0	3	11,1	3	4,9
Аддиктивный	0	0	4	44,4	2	7	6	9,8
p	0,007		0,006		0,014			
χ^2	14,263		29,429		12,425			

Таким образом, для каждой типологической разновидности был выделен свой набор характеристик с определением ведущих симптомов, позволяющий выделить их самостоятельное существование в структуре динамики ПРЛ юношеского возраста. В ходе исследования была проведена оценка антивитальной активности с аутоагрессивным поведением, определены основные закономерности между разновидностью ПРЛ юношеского возраста и характеристикой антивитальной активности.

ГЛАВА 4

Клинико-патогенетические особенности формирования пограничного расстройства личности с прогностической оценкой динамики на протяжении юношеского возраста

4.1 Особенности формирования пограничного личностного расстройства

Изучение предикторов, влияющих на формирование пограничного расстройства личности, таких как наследственная отягощенность, особенности дизонтогенеза, экзогенные и психотравмирующие провокации, показало, что они являются значимыми факторами в определении дальнейшей динамики и прогноза заболевания.

При оценке генетического фона наследственная отягощенность психическими расстройствами для пациентов клинической и катамнестической группы составила 62,94% для родственников I степени родства и 72,03% для родственников II–III степени. Преобладающей наследственной патологией являлось накопление аномальных личностных черт как у родственников I степени родства (65,19%), так и у родственников II–III степени (80,78%). Высокий уровень встречаемости личностной патологии у родственников пациентов с ПРЛ согласуется с литературными данными [White C. N., Gunderson J. G. et al., 2003; Fatimah H., Wiernik B. M. et al., 2020]. Патологические личностные черты у родственников были тесно связаны с наличием аддиктивного поведения со злоупотреблением ПАВ (57%) и увлечением азартной деятельностью (37%). Распространенность аффективных заболеваний у родственников I–III степени наблюдалась в диапазоне от 16,78% до 31% с преобладанием депрессивных расстройств однократного и рекуррентного течения, биполярных аффективных расстройств. Встречаемость заболеваний шизофренического спектра была несколько выше у родственников II–III степени родства (9,09%), чем у родственников I степени (5,59%), однако в общей популяции оставалась незначительной.

Отдельным прогностическим критерием для формирования ПРЛ было выявление поведенческих расстройств у родственников с наличием ауто- и гетероагрессивного поведения в семейном анамнезе. Поведенческие нарушения на протяжении жизни возникали более чем у 80% процентов родственников всех степеней родства. Эпизоды нанесения несуицидальных самоповреждений (НССП) без суицидальной активности обнаруживались при сборе семейного анамнеза у 47,55% родственников I степени родства и 52,45% родственников II–III степени. Суицидальные попытки обнаружены в анамнезе у 17,48% родственников II–III степени родства и 9,79% родственников I степени родства, что являлось причиной гибели в 4,2% у родственников всех степеней родства.

К неблагоприятным внешним факторам, влияющим на формирование пограничной личностной патологии, относилась патология беременности и родов. Наиболее частыми пренатальными осложнениями были ранние и поздние токсикозы, которые встречались в 25,17% случаев, и угроза прерывания беременности, которая возникала в 16,78% наблюдениях. В 40% наблюдений роды были осложнены и требовали дополнительных медицинских вмешательств, в том числе хирургического родоразрешения.

У большинства пациентов отмечалась дисгармоничность психического развития, преобладал искаженный (39,86%) и задержанный (23,78%) вариант онтогенеза. Патологические проявления в начале формирования личностной аномалии относились к раннему детскому возрасту и были представлены поведенческими расстройствами (78,3%) с явлениями моторной и двигательной расторможенности, высокой импульсивностью, в сочетании с гиперактивностью, неусидчивостью, которые достигали клинической выраженности синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (61,5%), что создавало трудности для установления контакта и сложности в формировании социальных связей, которые наблюдались у данных пациентов с детства. Больные с трудом соблюдали дисциплину в детских дошкольных учреждениях, отмечалась оппозиционность и утрированный негативизм по отношению к родителям и воспитателям. Сфера увлечений у данных пациентов отличалась непостоянством, с многократной

сменой деятельности, где характерной чертой была неспособность удержать мотивационный контроль. В случае незначительных неудач пациенты останавливали попытки дальнейшей реализации своих увлечений с реакциями отказа и усилением поведенческих и истероформных расстройств. Повышенная чувствительность и уязвимость к неудачам в совокупности с симптомами СДВГ обуславливала высокую распространенность аффективных расстройств с преобладанием явлений аффективной нестабильности (53,1%). Менее встречаемыми у пациентов в детском возрасте были тревожные расстройства (44%) с фобическими расстройствами в виде страхов темноты, агоро- и клаустрофобии, элементами обсессивно-компульсивных расстройств, которые не имели вычурного содержания, отличались ситуационной обусловленностью. Значительно реже обнаруживались проявления органической патологии головного мозга в виде эпизэквивалентов (сноговорение, снохождение, энурез) (9%).

Особенности дизонтогенеза и наследственной отягощенности являлись благоприятной почвой для формирования расстройства личности, однако нередко ряд психотравмирующих факторов становился дополнительным триггером и приводил к углублению психопатологической картины. Более чем у 70% пациентов в анамнезе обнаруживались психотравмирующие ситуации, способствующие формированию ПРЛ. Наиболее распространенными из них были неблагоприятные условия воспитания, к которым относилось гиперопекающее и непоследовательное отношение родственников к пациентам с формированием в дальнейшем патологической созависимости (27,27%). Значительным травмирующим фактором было жестокое обращение с больными, сочетающееся с «холодно безразличным» типом воспитания (22,38%). Дополнительными факторами являлись дисгармоничные отношения между родителями, уход одного из родителей из семьи, а также смерть близких родственников (25,87%).

Обнаруженные в детском возрасте патологические эпизоды могли сочетаться и сосуществовать в различных комбинациях у исследованных пациентов, что несколько осложняло их статистическую обработку. Опираясь на разработанную типологию ПРЛ в юношеском возрасте, были ретроспективно обнаружены

закономерности в возникновении патологических эпизодов, в зависимости от выделенных разновидностей ПРЛ (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 — Прекурсоры патологической динамики ПРЛ в детском возрасте

Патологические эпизоды	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Всего больных	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	46	100	43	100	54	100	143	100
Поведенческие расстройства	31	67,4	41	95,3	40	74,1	112	78,3
СДВГ	30	65,2	39	90,7	19	35,2	88	61,5
Аффективная нестабильность	44	95,7	9	20,9	23	42,6	76	53,1
Тревожные расстройства	8	17,4	18	41,9	32	59,3	58	40,6
Психотравмирующие ситуации	21	45,7	36	83,7	48	88,9	105	73,4
p	0,001		0,030		0,0069			
χ^2	18,068		10,680		18,686			

Примечание: I тип с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма». II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании». III тип с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации.

У группы пациентов с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» были наиболее характерны явления аффективной нестабильности (95,7%) и синдрома СДВГ (65,2%). Сочетание этих патологических эпизодов влияло на достаточно высокий процент встречаемости поведенческих расстройств при данной разновидности (67,4%). Симптомы СДВГ были преобладающими (90,7%) у разновидности ПРЛ с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» (II тип), что в сочетании с психотравмирующими ситуациями (83,7%) становилось определяющим в

возникновении выраженных поведенческих расстройств у пациентов данной разновидности (95,3%). У пациентов III типа в меньшей степени наблюдались явления аффективной нестабильности (42,6%) и симптомы СДВГ (35,2%), но в большей степени отмечалось влияние психотравмирующих ситуаций (88,9%) с преобладанием тревожных расстройств (59,3%). Сочетание данных патологических эпизодов отчасти определяло полиморфность клинической картины, формирующейся у пациентов этой разновидности с детского возраста.

В период школьного возраста у большинства больных отмечались трудности социальной адаптации и поддержания школьной дисциплины, в структуре которых преобладали как симптомы СДВГ с высокой импульсивностью, так и явления когнитивной и эмоциональной гиперчувствительности [Crick N. et al., 2005]. Когнитивная сенситивность отражалась в подозрительности, искаженной интерпретации поступков и поведения окружающих людей, достигающей на высоте состояния чувства враждебности по отношению к себе, что в совокупности с неспособностью пациентов контролировать собственные эмоции приводило к актуализации поведенческих расстройств. Учебная дезадаптация возникала в связи с недостаточной мотивацией, быстрой переключаемостью внимания, избирательностью и недостаточностью интересов пациентов на фоне трудностей педагогической коррекции.

Таким образом, обнаружено, что патологические эпизоды в детском возрасте коррелируют с типологическими разновидностями ПРЛ, что позволяет оценить их роль в качестве прекурсоров дальнейшей динамики формирования пограничной личности в подростковом и юношеском возрасте ($p > 0,05$).

Подростковый период с началом физиологических, эндокринных, психических процессов созревания у пациентов с ПРЛ характеризовался и усилением основных аномалий, лежащих в основе данной разновидности РЛ. Это импульсивность, аффективная нестабильность, нарушение самоидентификации, которые и определяли вектор дальнейшего развития психопатологических расстройств.

Импульсивность с нарушением контроля и планирования, свойственные данным пациентам в совокупности с аффективной нестабильностью приводили к возникновению кратковременных аффективных реакций, отличающихся лабильностью и тенденцией к инверсии аффекта, что повышало уязвимость этих пациентов. Аффективные нарушения приобретали характер континуальных циклотимоподобных колебаний или затяжных субдепрессивных состояний по типу эндореактивной дистимии с явлениями негативной аффективности и когнитивного торможения.

Нарушения контроля над импульсами с преобладанием волевых нарушений и ограниченностью потребностно-мотивационной сферы способствовало развитию расстройств влечения. Отмечалась тенденция к усилению и усложнению поведенческих расстройств. При этом познавательная деятельность, которая проявляется наиболее ярко в этом периоде, также приобретала патологическую направленность в сторону формирования интересов вокруг рискованных увлечений и аддикций. Отмечалась тенденция к усилению и усложнению поведенческих расстройств с ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров, практикой нетрадиционных форм сексуальных отношений. У других пациентов поведенческие аддикции проявлялись как чрезмерным времяпрепровождением за компьютерными играми, скроллингом веб-сайтов и социальных сетей, так и появлением патологического влечения к алкоголю и другим ПАВ. Ведомость и поверхность суждений у пациентов с ПРЛ приводило к пассивному вовлечению в культуру употребления ПАВ с формированием специфического круга общения. Нередко для повышения собственного авторитета в компании деликвентных подростков больные совершали социально неодобряемые поступки и правонарушения, привлекались к административной ответственности и надзору со стороны правоохранительных органов. В домашних условиях сохранялась утрированная оппозиционность по отношению к родственникам с пренебрежением к авторитету семьи.

Углубление нарушений самоидентификации и эмоциональных расстройств приводили к формированию стойкой алекситимии, которая в сочетании с

пубертатными психофизиологическими изменениями создавали условия для присоединения коморбидных обсессивно-компульсивных и обсессивно-фобических состояний, дисморфофобии с расстройствами пищевого поведения.

Вышеперечисленные основные особенности личностных нарушений при ПРЛ влияли на возникновение трудностей в межличностных отношениях, усиливали неспособность пациентов с ПРЛ образовывать устойчивые социальные связи, приводили к конфликтам со сверстниками. Следует отметить, что частое присутствие синдрома СДВГ снижало мотивацию к учебной деятельности, негативно влияло на успеваемость, способствовало усилению имеющихся эмоциональных, поведенческих расстройств. Кроме того, дополнительное воздействие психотравмирующего фактора приводило к утяжелению динамики ПРЛ и манифестации ауто- и гетероагрессивного поведения. В этот период времени появлялись первые эпизоды нанесения несуицидальных самоповреждений, преимущественно импульсивного и демонстративного типа с возникновением на высоте состояния демонстративно-шантажных суицидальных попыток.

С наступлением юношеского возраста доминирующие личностные аномалии ПРЛ в виде импульсивности, аффективной нестабильности и нарушения самоидентификации достигали клинической выраженности с формированием специфических симптомокомплексов. Интенсивность психопатологических расстройств в этом возрастном периоде требовала наблюдения специалистами психиатрического звена в связи с частыми декомпенсациями и стойкими явлениями социальной, учебной и трудовой дезадаптации.

4.2.1 Юношеская динамика ПРЛ с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» (I тип)

На протяжении юношеского возраста у пациентов данной разновидности сохранялось преобладание полиморфной картины аффективных расстройств с возникновением феномена «аффективного шторма». В динамике данной разновидности нарушения самоидентификации в совокупности с явлениями аффективной нестабильности создавали благоприятную почву для манифестации

биполярного аффективного расстройства (БАР) (71%), где в структуре фаз отмечалось усиление деперсонализационной и психопатоподобной симптоматики, актуализация антивитальной активности с повышением суицидального риска. Дифференциально-диагностическим критерием разделения аффективных расстройств было определение фаз с выраженной аутохтонностью и сезонностью в структуре БАР и ситуационно обусловленных аффективных реакций, свойственных ПРЛ. При данном варианте динамики было определено доминирование быстрых циклов и супербыстрых циклов, что являлось результатом совокупности аутохтонных и реактивных факторов и было клинически представлено дизритмическим вариантом течения биполярного аффективного расстройства в юношеском возрасте [Каледа В. Г., Зяблов В. А., 2020]. В меньшей степени данной разновидности ПРЛ было свойственно возникновение феномена двойной депрессии [Schramm E. et al., 2020] с чувством покинутости, потерянности и ощущением собственного одиночества [Nenov-Matt T., Barton V. B. et al., 2020]. В дальнейшем присоединялись коморбидные депрессивные расстройства, вызывающие усиление экзистенциальных интересов и персистирование антивитальной активности с самоповреждающим поведением.

Для ПРЛ с преобладанием аффективного шторма была свойственна коморбидность с расстройствами невротического круга, которые были представлены генерализованным тревожным и паническим расстройством (48% и 52%). В меньшей степени встречались симптомы обсессивно-компульсивного расстройства и дисморфофобических состояний с патологией пищевого поведения (25%). Аддиктивные расстройства для данной разновидности наблюдались эпизодически, систематическое употребление ПАВ и актуализация других видов аддикций наблюдалась лишь на высоте патологического аффекта. В ряде случаев отмечалось намеренное злоупотребление ПАВ с целью пролонгирования состояния эйфории, вызванное коморбидными расстройствами.

В период наступления ремиссии и ослабления симптомов коморбидных расстройств динамика ПРЛ характеризовалась сохранением явлений аффективной лабильности и уязвимостью к возникновению поведенческих реакций.

На протяжении юношеского катамнестического периода наблюдения отмечалось, с одной стороны, улучшение адаптивных механизмов, с появлением учебных и профессиональных успехов и повышением коммуникативных навыков, с другой — обнаруживалась не критичность к собственному состоянию, легкомысленное отношение к приему фармакотерапии и психотерапии, что снижало комплаенс и повышало риски декомпенсаций и возобновления симптоматики коморбидных расстройств. Аутоагрессивное поведение сохраняло свою структуру с доминированием импульсивных и демонстративных вариантов антивитальной активности с постепенным уменьшением эпизодов возникновения повторных не суицидальных самоповреждений и суицидальных попыток.

4.2.2 Юношеская динамика ПРЛ с явлениями «адреналиномании» (II тип)

Для данной разновидности ПРЛ на протяжении всего юношеского возраста сверхценные и химические аддикции укрепляли свою позицию, являлись фундаментом всех сопутствующих психопатологических образований. В их структуре сохранялась полиморфность с высокой импульсивностью, склонностью к авантюризму и рискованным поступкам. При этом в динамике юношеского возраста продолжалась тенденция к встраиванию поведенческих аддикций в личностную структуру, с формированием специфических условий социальной адаптации, преобразовании аддикций в социально приемлемые формы (трудоголизм, спорт, туризм). У пациентов с преобладанием химических аддикций обнаруживалась трансформация аддиктивных расстройств в ипохондрическое развитие с фиксацией на собственном здоровье. При этом аддиктивная составляющая проявлялась потребностью в спортивных нагрузках и лечебно-восстановительных мероприятиях.

Наиболее распространенными коморбидными расстройствами была полиморфная наркологическая патология с явлениями физической и психологической зависимости, что более чем в 40% случаев приводило к обращению за специализированной помощью, в том числе длительной реабилитации в учреждениях закрытого типа. У пациентов данной разновидности

обнаруживались сопутствующие аффективные расстройства, представленные в основном характерологической дистимией и циклотимией (32%), и обсессивно-компульсивные расстройства, усиливающие патологию влечения и нарушения пищевого поведения.

В период катамнестического наблюдения за пациентами ПРЛ юношеского возраста новые эпизоды декомпенсаций были напрямую связаны с аддиктивной деятельностью с усилением поведенческих расстройств и образованием аддиктивных депрессий. В ряде случаев выраженность декомпенсации требовала повторных госпитализаций в стационар, что ускоряло становление компенсации и обеспечивало изоляцию от объекта влечения. В динамике аутоагрессивного поведения сохранялся аддиктивный механизм самоповреждающего поведения, который со временем вытеснял другие варианты антивитальной активности и становился доминирующим с преобладанием несуйцидальных самоповреждений.

4.2.3 Юношеская динамика ПРЛ с доминированием нарушений самоидентификации (III тип)

В динамике этой разновидности ПРЛ сохранялся клинический полиморфизм со стойкими нарушениями самоидентификации и диссоциативными расстройствами. Выраженность личностной аномалии в совокупности с когнитивными искажениями обуславливало выраженные трудности в формировании межличностных отношений и низкий уровень социально-трудовой адаптации. Вследствие наличия сложной психопатологической структуры для данной разновидности ПРЛ была свойственна коморбидность с широким спектром расстройств аффективного, невротического, аддиктивного круга. Реже, по сравнению с I разновидностью ПРЛ, обнаруживались биполярные расстройства, которые больше были представлены затяжными депрессивными состояниями с деперсонализационными, психопатоподобными и ипохондрическими расстройствами. Зачастую депрессивные эпизоды возникали уже при наличии хронического субдепрессивного фона настроения в виде характерологических дистимий с образованием двойных депрессий [Schramm E. et al., 2020]. Присутствие когнитивных искажений способствовало возникновению идей

Всего	27	100	16	100	30	100	73	100
Аффективные	26	96,30	14	87,50	6	20,00	46	63,01
Тревожные и панические расстройства	20	74,07	7	43,75	28	93,33	55	75,34
ОКР	4	14,81	1	6,25	29	96,67	34	56,16
РПП	6	22,22	3	18,75	21	70,00	30	47,95
p	0,036		0,047		0,001			
χ^2	10,287		9,649		18,047			

Примечание: I тип с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма». II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании». III тип с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации.

В динамике ПРЛ отмечался вектор к постепенному уменьшению явлений аффективной нестабильности, импульсивности, выраженности поведенческих расстройств и аутоагрессивного поведения с повышением уровня социально-трудовой адаптации к завершению периода юношеского возраста (24–25 лет). Однако обращала на себя внимание неравномерность формирования компенсационных механизмов в зависимости от разновидностей ПРЛ, а также влияние степени изначальной выраженности психопатологических расстройств на дальнейшую динамику ПРЛ.

После манифестации аутоагрессивных расстройств в конце подросткового, начале юношеского возраста наблюдалась общая тенденция к уменьшению доли инструментальных НССП (порезы, ожоги) в сторону социально незаметных в виде ударов о твердые поверхности и приемлемых форм аутоагрессивного поведения (нанесение татуировок, пирсинга) с формированием частичной критики к нанесенным ранее сапоповреждениям. На отдаленных этапах юношеского возраста актуализация аутоагрессивного поведения происходила на высоте усиления коморбидных расстройств, где структура и механизм антивитаальной активности был взаимосвязан с психопатологическими особенностями типологических разновидностей ПРЛ.

Таким образом, клинические варианты динамики ПРЛ определяли вектор дальнейшего развития коморбидных психопатологических расстройств на протяжении юношеского возраста (Таблица 4.2).

4.3 Динамика основных психопатологических синдромов ПРЛ после завершения юношеского возраста

Учитывая влияние возрастного фактора на формирование структуры ПРЛ, а также биологические особенности возникновения сопутствующих психопатологических расстройств, представлялось целесообразным проводить нозологическую оценку изучаемых состояний после завершения периода юношеского возраста по результатам многолетнего катамнестического исследования. Клинико-катамнестический метод зарекомендовал себя как надежный инструмент оценки клинической динамики и нозологической специфичности психопатологических расстройств, а его значимость подчеркнута в проводимых ранее исследованиях [Цуцурковская М. Я. и др., 1995; Крылова Е. С., 2004; Каледа В. Г., 2008; Бебуришвили А. А., 2009; Зяблов В. А., 2020]. Целью сбора катамнестических сведений было, с одной стороны, изучить траекторию психопатологической структуры ПРЛ после завершения юношеского возраста с определением динамики основных синдромов в зависимости от выделенных типологических разновидностей, с другой — уточнить роль коморбидных расстройств и их влияние на прогноз ПРЛ.

После завершения юношеского возраста для катамнестической динамики ПРЛ было свойственно постепенное уменьшение интенсивности основных психопатологических синдромов в виде импульсивности, аффективной нестабильности и в меньшей степени снижение выраженности нарушений самоидентификации, сопровождающееся ослаблением поведенческих расстройств с постепенной редукцией аутоагрессивного поведения (Рисунок 4.1).

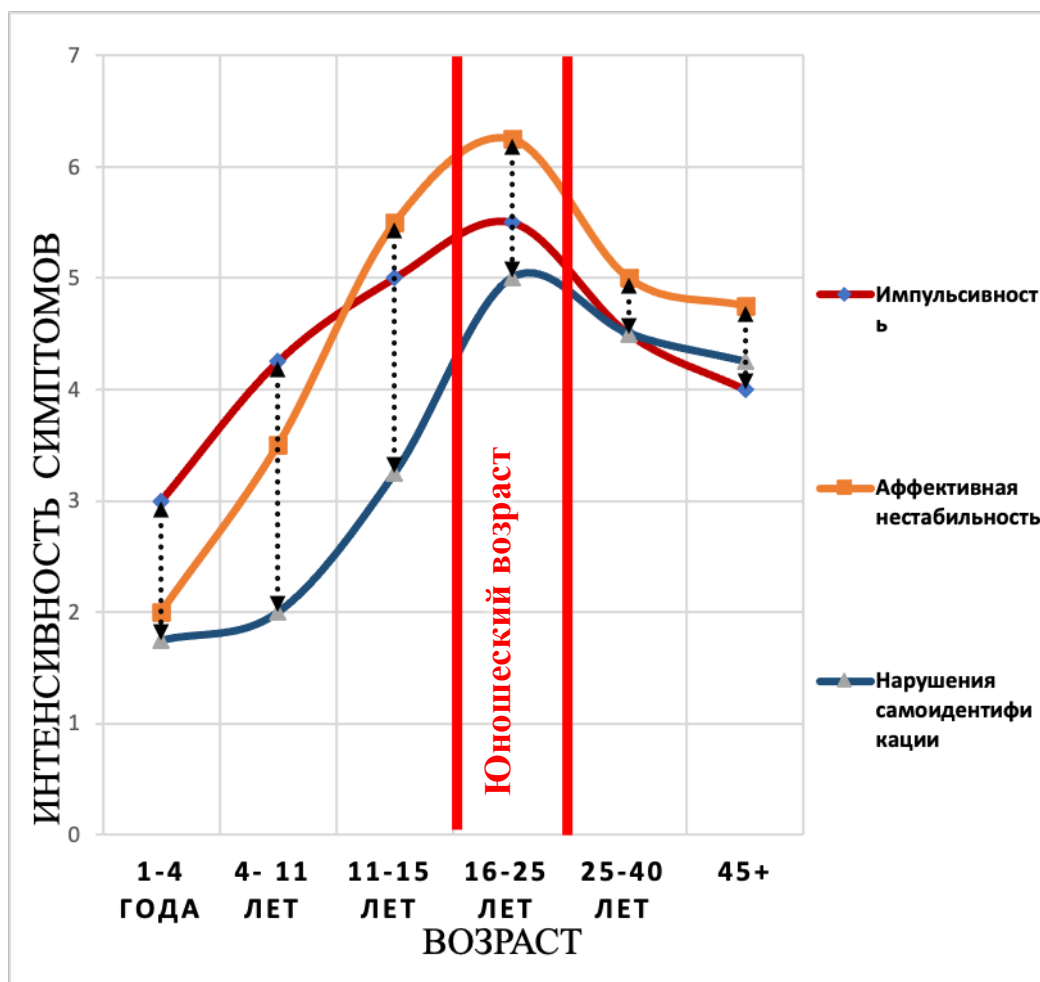


Рисунок 4.1 — Общая возрастная динамика основных синдромов ПРЛ

При распределении катamnестических больных на основании разработанной ранее типологии были выявлены характерные для каждой разновидности особенности динамики психопатологических расстройств ПРЛ после завершения юношеского периода.

4.3.1 Динамика пограничного расстройства личности с явлениями «аффективного шторма» — 19 пациентов (I тип)

Аффективные расстройства, представленные в юношеском возрасте аффективной нестабильностью с нарушениями контроля над импульсами по типу «аффективного шторма» становились со временем менее выраженными, но при этом сохраняли на момент катamnеза свою доминирующую позицию и продолжали определять особенности клинической картины (Рисунок 4.2). При этом интенсивность психопатологических расстройств во взрослом возрасте определялась влиянием коморбидной аффективной патологии. У части больных

обнаруживаемые в юношеском возрасте биполярные фазы становились менее выраженными, постепенно теряли свою амплитуду, что соотносилось с проводимым ранее катамнестическим исследованием динамики дизритмических континуальных биполярных аффективных расстройств при ПРЛ [Зяблов В. А., 2020] и обеспечивало более благоприятную динамику данной разновидности ПРЛ во взрослом возрасте. Для другой группы пациентов было свойственно усиление влияния аффективной патологии, фазы биполярной структуры становились более отчетливыми, обнаруживалось нарастание аутохтонности и сезонности их возникновения при сохранении значимости психотравмирующего фактора. При этом наблюдаемые в период юношеского возраста ассоциированные с аффектом сверхценные интересы и устремления теряли свою интенсивность и полиморфизм, продолжали свое существование в структуре мировоззрения пациентов с формированием устойчивых религиозных и философских жизненных позиций. Изначально незначительная выраженность расстройств самоидентификации у данной разновидности ПРЛ в юности способствовала их лучшей компенсации во взрослом возрасте, что позволяло пациентам сформировать навыки эмоциональной регуляции.

В структуре возникновения нарушений влечения преобладала аффективная составляющая и нарушения контроля над импульсами. Пациенты данной разновидности ПРЛ продолжали эпизодически употреблять ПАВ, однако при этом не формировали стойких аддиктивных расстройств. В случае благоприятной динамики вышеперечисленных особенностей ПРЛ с явлениями «аффективного шторма» наблюдалось уменьшение поведенческих расстройств, снижение импульсивности и рискованных поступков. В обратном случае на высоте коморбидных биполярных фаз сохранялось и усиливалось дезадаптирующее влияние психопатологических расстройств.

Для данной типологической разновидности после завершения юношеского возраста обнаруживались следующие закономерности аутоагрессивных расстройств. Для пациентов ПРЛ с благоприятной динамикой, с высоким уровнем социально-трудовой адаптации — 81–100 баллов по шкале PSP (81–100) — после

завершения юношеского возраста отмечалась постепенная редукция несуицидальных самоповреждений и уменьшение суицидальной активности. При этом у группы пациентов, где дальнейшая динамика определялась биполярными аффективными расстройствами, на высоте депрессивных фаз отмечалась актуализация несуицидальных самоповреждений и суицидальной активности, в том числе с летальным исходом — 2,9% случаев.

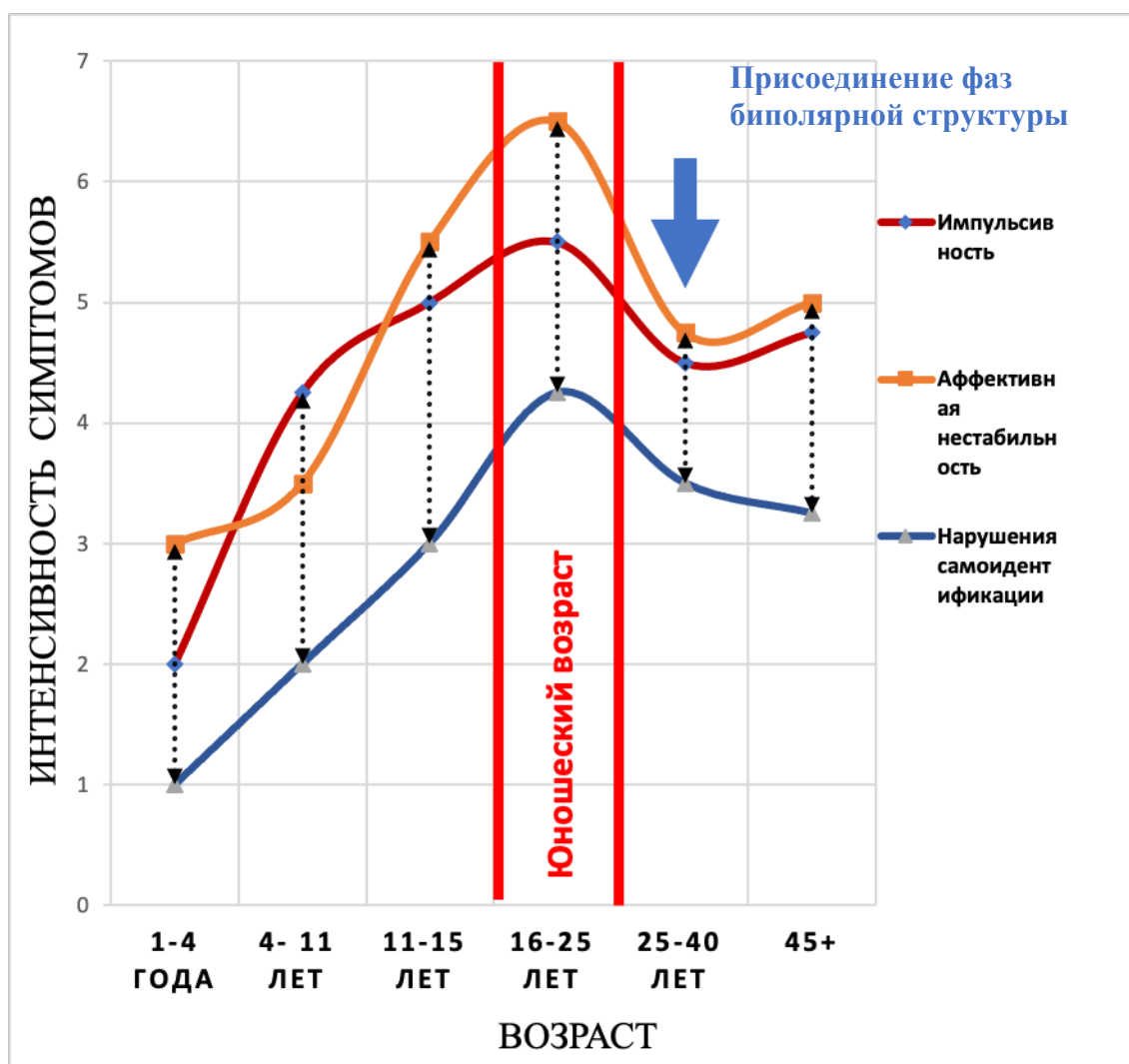


Рисунок 4.2 — Возрастная динамика синдромов ПРЛ у пациентов с явлениями аффективного шторма

4.3.2 Динамика пограничного расстройства личности с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» — 27 пациентов (II тип)

Для этой разновидности ПРЛ была характерна общая тенденция к уменьшению интенсивности основных психопатологических синдромов ПРЛ с

сохранением влияния импульсивности и нарушений самоидентификации на динамику расстройств влечения. При данной разновидности ПРЛ психопатологические синдромы и коморбидные психопатологические расстройства продолжали отчетливо амальгамировать с аддиктивными поведенческими паттернами (Рисунок 4.3). Аффективная нестабильность при данной разновидности сохраняла свою взаимосвязь с психотравмирующими и экзогенными факторами с присоединением в дальнейшей динамике коморбидных циклотимических расстройств, интенсивность которых была взаимосвязана с употреблением ПАВ. В структуре полиаддиктивного поведения у больных сохранялось влечение к экстремальной деятельности с непостоянством в сексуальных отношениях, формирующие феномен адреналиномании с поведенческими и спортивными аддикциями. В то же время сохранялось выраженное влечение к ПАВ и алкоголю, где длительное негативное влияние психоактивных веществ на головной мозг являлось причиной возникновения энцефалопатии и органических изменений личности [Никифоров И. А. и др., 2015], что впоследствии приводило к усилению импульсивности и углублению нарушений самоидентификации. Пациенты нередко обращались за помощью к наркологам, проходили лечение в реабилитационных центрах. В случае неблагоприятной динамики полиаддиктивные расстройства способствовали возникновению патологии внутренних органов, присоединению хронических инфекционных заболеваний (носительство гепатита С) и являлись отягощающим фактором, приведшим к летальным исходам в 1,4% случаев.

Аутоагрессивные расстройства после завершения юношеского возраста в случае благоприятной динамики уменьшались, обнаруживалась редукция инструментальных самоповреждений с постепенной трансформацией их в социально приемлемые формы или гетероагрессивное поведение. В случае неблагоприятной динамики данной разновидности ПРЛ отмечалась актуализация аутоагрессивного поведения, которое на высоте опьянения приобретало brutальный характер с сочетанием несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток.

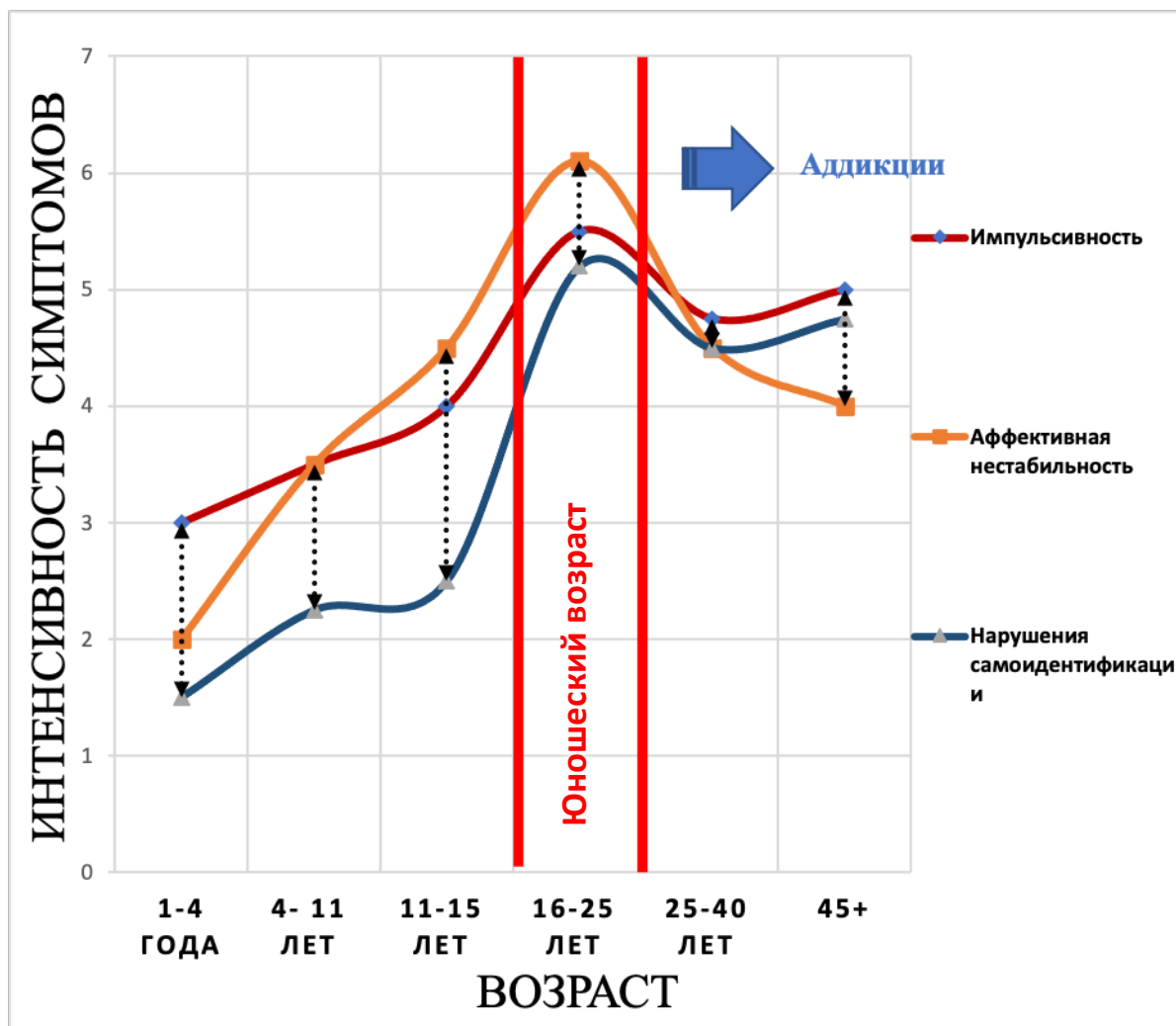


Рисунок 4.3 — Возрастная динамика синдромов ПРЛ у пациентов с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании»

4.3.3 Динамика ПРЛ с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации — 24 пациента (III тип)

После завершения юношеского возраста данная разновидность ПРЛ сохраняла свой клинический полиморфизм, обусловленный наличием всех психопатологических составляющих: импульсивности, аффективной нестабильности, но прежде всего доминированием самоидентификации и диссоциативной симптоматики. Данные расстройства сохраняли свое влияние на протяжении всего времени катamnестического наблюдения, однако подчинялась

общим закономерностям уменьшения интенсивности психопатологических синдромов после завершения юношеского возраста (Рисунок 4.4.). В структуре аффективных расстройств преобладали затяжные депрессивные состояния с деперсонализационной симптоматикой, наличием аттенуированных психотических симптомов и диссоциативных расстройств, которые существовали в совокупности с тревожными, обсессивно-фобическими и компульсивными коморбидными расстройствами. Наблюдаемые в психопатологической структуре дисморфофобические состояния после завершения юношеского возраста становились менее отчетливыми, обнаруживалось постепенное их замещение ипохондрическими расстройствами с формированием ипохондрического развития личности.

Аутоагрессивное поведение было более продолжительным в динамике данной разновидности, отмеченное еще в юношеском возрасте преобладание деперсонализационного механизма возникновения несуицидальных самоповреждений способствовало их повторению и закреплению как поведенческого паттерна во взрослом возрасте. Суицидальная активность также обнаруживала склонность к рецидивированию и персистированию во взрослом возрасте. Было обнаружено, что 7,1% пациентов на протяжении катамнестического наблюдения предпринимали суицидальные попытки, которые не привели к гибели.

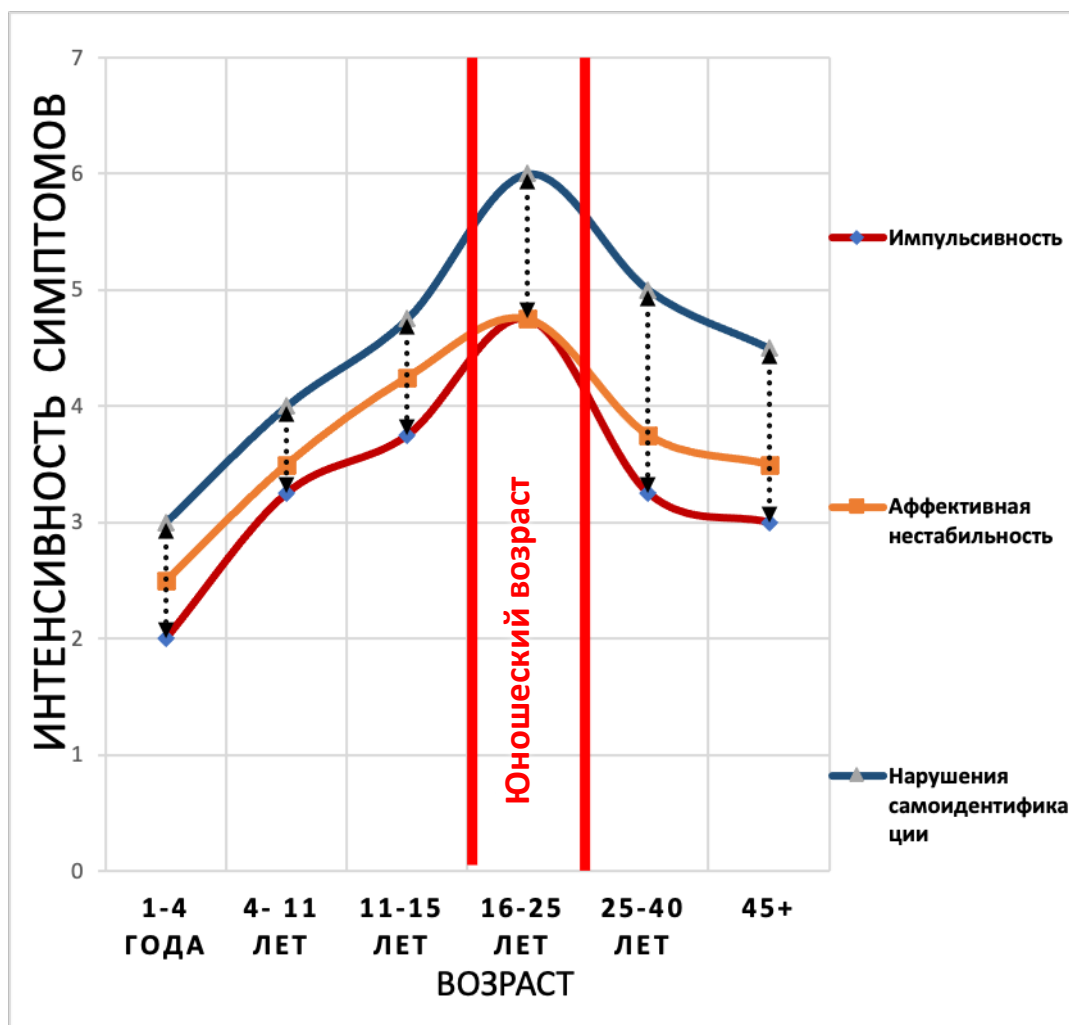


Рисунок 4.4 — Возрастная динамика синдромов ПРЛ у пациентов с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации

Таким образом, после завершения юношеского возраста выявлена индивидуальная динамика психопатологических синдромов ПРЛ в зависимости от выделенных типологических разновидностей. Динамика и дальнейший прогноз внутри типологических разновидностей отличался своей неоднородностью, с повышением влияния коморбидных расстройств на фоне постепенного уменьшения интенсивности основных психопатологических синдромов (Таблица 4.3). Следует отметить, что в проведенном катамнестическом исследовании обнаружено относительное преобладание пациентов II типа, что указывает на предпочтительность аддиктивной динамики.

Таблица 4.3 — ПРЛ и коморбидные расстройства после завершения юношеского возраста

Коморбидные расстройства	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Катамнестическая группа	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	19	100	27	100	24	100	70	100
Аффективные расстройства	17	89,47	9	33,33	11	45,83	37	52,86
Тревожные и панические расстройства	13	68,42	26	96,30	7	29,17	46	65,71
ОКР	6	31,58	5	18,52	23	95,83	34	48,57
РПП	1	5,26	16	59,26	13	54,17	30	42,86
p	0,032		0,049		0,025			
χ^2	10,534		9,534		11,107			

4.4 Особенности аутоагрессивного поведения после завершения юношеского возраста

В катамнестической группе аутоагрессивная активность была обнаружена у 55 больных. Распределение вариантов аутоагрессивной активности было сопоставимо с данными клинической группы. Для пациентов катамнестической группы отмечалось преобладание НССП (49,1%), НССП + СП (36,4%), изолированная суицидальная активность у пациентов катамнестической группы достигала 14,5 %, где 3,6% — завершённые суицидальные попытки (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 — Антивитальная активность у пациентов катамнестической группы

Виды антивитальной активности	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	13	100	23	100	19	100	55	100
НССП	9	69,2	7	30,4	11	57,9	27	49,1

НССП + СП	3	23,1	12	52,2	5	26,3	20	36,4
СП	1	7,7	4	17,4	3	15,8	8	14,5
p	0,001		0,019		0,010			
χ^2	20,392		11,77685012		13,338			

Для катamnестической группы после завершения юношеского возраста аддиктивный механизм был преобладающим в структуре самоповреждающего поведения, что отражает возрастную тенденцию к трансформации аутоагрессивных расстройств с уменьшением влияния импульсивного, деперсонализационного и демонстративного механизма (Таблица 4.5.) При этом совершенные за период катamnестического наблюдения суицидальные попытки были преимущественно импульсивного и деперсонализационного типа.

Таблица 4.5 — Распределение пациентов катamnестической группы в зависимости от типологии ПРЛ и механизмов формирования аутоагрессивного поведения

Механизмы формирования аутоагрессивного поведения	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	13	100	23	100	19	100	55	100
Импульсивный	6	46,2	2	8,7	2	10,5	10	18,2
Демонстративный	0	0	1	4,3	3	15,8	4	7,3
Деперсонализационный	0	0	3	13	5	26,3	8	14,5
Самоистязующий	0	0	1	4,3	1	5,3	2	3,6
Аддиктивный	7	53,8	16	69,6	8	42,1	31	56,4
p	0,001		0,009		0,018			
χ^2	19,358		17,885		11,812			

4.5 Прогностическая оценка синдромов ПРЛ на протяжении юношеского и после его завершения во взрослом возрасте

Для определения особенностей дальнейшей динамики ПРЛ после завершения юношеского возраста проводилось катamnестическое исследование,

включающее в себя изучение характеристик социально-трудовой адаптации и наблюдение за динамикой основных психопатологических синдромов ПРЛ.

4.5.1 Динамика показателей трудоспособности и социальной адаптации больных с ПРЛ в юношеском и зрелом возрасте

На момент первичного обращения пациентов катamnестической группы — 70 человек (100%) — было установлено, что 24 пациента являлись учениками выпускных классов, 21 пациент являлись студентами вузов и колледжей, имели постоянное трудоустройство 16 пациентов, среди которых 7 человек совмещали учебу и работу, 9 пациентов не учились и не работали. В последующий катamnестический период наблюдались закономерности в изменении социально-трудовых характеристик, однако следует отметить, что в данной динамике не учитывались 3 пациента, которые погибли в результате суицидальных попыток и ассоциированных с патологическим образом жизни медицинских причин (Таблица 4.6).

Таблица 4.6 — Социально-трудовые характеристики больных на момент катamnестического обследования

Характеристики	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных	17	100	26	100	24	100	67	100
Уровень образования								
Среднее (общее)	0	0,00	1	3,85	2	8,33	3	4,48
Среднее специальное	2	11,76	4	15,38	3	12,50	9	13,43
Неоконченное высшее	3	17,65	14	53,85	7	29,17	24	35,82
Высшее	12	70,59	7	26,92	12	50,00	31	46,27
Уровень трудовой адаптации								
Профессиональный рост	7	41,18	3	11,54	1	4,17	11	16,42
Сохранение исходного уровня	5	29,41	7	26,92	9	37,50	21	31,34

Снижение трудоспособности	4	23,53	14	53,85	12	50,00	30	44,78
Утрата трудоспособности	1	5,88	2	7,69	2	8,33	5	7,46
Семейное положение								
Холост	3	17,65	10	38,46	5	20,83	18	26,87
В браке	8	47,06	3	11,54	4	16,67	15	22,39
В разводе	6	35,29	13	50,00	15	62,50	34	50,75

Примечание: I тип с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма». II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании». III тип с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации.

В период развернутых клинических проявлений ПРЛ в юношеском возрасте у всех наблюдаемых пациентов выявлялись нарушения социальной и трудовой адаптации, основной причиной возникновения которых были поведенческие расстройства и сопутствующие клинические признаки ПРЛ. Однако, по мере уменьшения выраженности психопатологических расстройств, отмечалось формирование адаптационных механизмов. В абсолютном большинстве пациенты с ПРЛ смогли получить общее и среднее (школьное) образование, из которых только 4,48% (3 пациента) не предпринимали дальнейших попыток продолжить обучение, остальные пациенты катamnестической группы поступали в колледжи и вузы. При этом на протяжении всего юношеского возраста учебно-трудовая адаптация оставалась неустойчивой. Пациенты часто прекращали обучение, оформляли академические отпуска по медицинским и семейным причинам, меняли направление обучения и специальность. Аффективная нестабильность и импульсивность обуславливала неспособность к целенаправленной и систематической деятельности, что отражало достаточно высокий процент (35,82%) пациентов, которые не смогли закончить обучение в вузе. Однако, по данным катamnеза, значительное количество пациентов получили среднее специальное (13,43%) и высшее образование (46,27%), что указывает на стабилизацию пограничных пациентов после завершения юношеского возраста и

подтверждает, что учебная дезадаптация носила эпизодический характер с максимальной выраженностью в период юношеского возраста.

Для пациентов с ПРЛ в катamnестическом исследовании было характерно неравномерное распределение трудовых характеристик. У части пациентов отмечался профессиональный рост (16,42% — 11 пациентов) и стабилизация трудовой деятельности (31,34% — 21 пациент). При этом выявлен достаточно большой процент пациентов, у которых зафиксировано снижение трудоспособности (44,78% — 30 пациентов). Обнаруживалась частая смена рабочей деятельности, со средним сроком трудоустройства до полугода, с длительными промежутками отсутствия постоянной занятости. Основной причиной увольнений и смены места работы были межличностные конфликты и трудности в соблюдении дисциплины и планировании своей трудовой деятельности. В связи со стойкими нарушениями трудовой адаптации в ряде случаев отмечались явления социального дрейфа с переходом на работу, несоответствующую уровню полученного образования.

Данные наблюдения указывают, с одной стороны, на сохранение воздействия психопатической структуры на снижение общего качества жизни и соотносится с проведенными ранее исследованиями [Смулевич А. Б., 2019; 2020], с другой — нельзя исключить влияние коморбидных расстройств аффективного регистра, в особенности БАР с дизритмическим типом течения [Зяблов В. А., 2020], расстройств невротического круга, и в особенности выраженных аддиктивных расстройств, нуждающихся в динамическом наблюдении наркологов, влияющих на прогрессивное снижение качества жизни и функционирования личности.

При изучении семейного статуса на момент катamnестического исследования обнаружено, что часть пациентов (22,39%) состояли в стабильных отношениях, однако отмечался достаточно высокий процент расторгнувших брак (50,75%), при этом 26,87% пациентов на момент исследования никогда не состояли в длительных и стабильных отношениях, у более половины обследованных пациентов на момент катamnестического обследования были дети. Около 30% пациентов, состоящих в брачных отношениях, характеризовали их как конфликтные, 5 человек (7%)

признались в применении насилия по отношению к членам своей семьи. Таким образом, обнаруживается негативное влияние личностных аномалий на семейный статус.

Таблица 4.7 — Уровень социального функционирования на момент катамнеза (по шкале PSP)

PSP	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего больных	19	100	27	100	24	100	70	100
91–100	0	0	0	0	0	0	0	0
81–90	2	10,5	0	0	0	0	2	2,9
71–80	9	47,4	5	18,5	3	12,5	17	24,3
61–70	6	31,6	10	37	11	45,8	27	38,6
51–60	0	0	6	22,2	8	33,3	14	20
41–50	0	0	5	18,5	2	8,3	7	10
31–40	0	0	0	0	0	0	0	0
21–30	0	0	0	0	0	0	0	0
11–20	0	0	0	0	0	0	0	0
1–10	2	10,5	1	3,7	0	0	3	4,3
p	0,0001		0,04		0,007			
χ^2	22,7144		10,324		13,983			

Для дополнительной оценки социального функционирования была использована шкала PSP (Таблица 4.7). Уровень социального функционирования пациентов с ПРЛ катамнестической группы в большинстве соответствовал диапазону 51–80 баллов, что показывало неравномерность функционирования пациентов выявило как пациентов с относительно хорошим уровнем адаптации, так и социально дезадаптированных. Основные нарушения адаптации наблюдались в параметрах «социальные отношения» и «социально полезная деятельность», что отражало способность пациентов к межличностному функционированию и

целенаправленной деятельности в работе и учебе. В меньшей степени была нарушена способность пациентов к самообслуживанию (Рисунок 4.5).

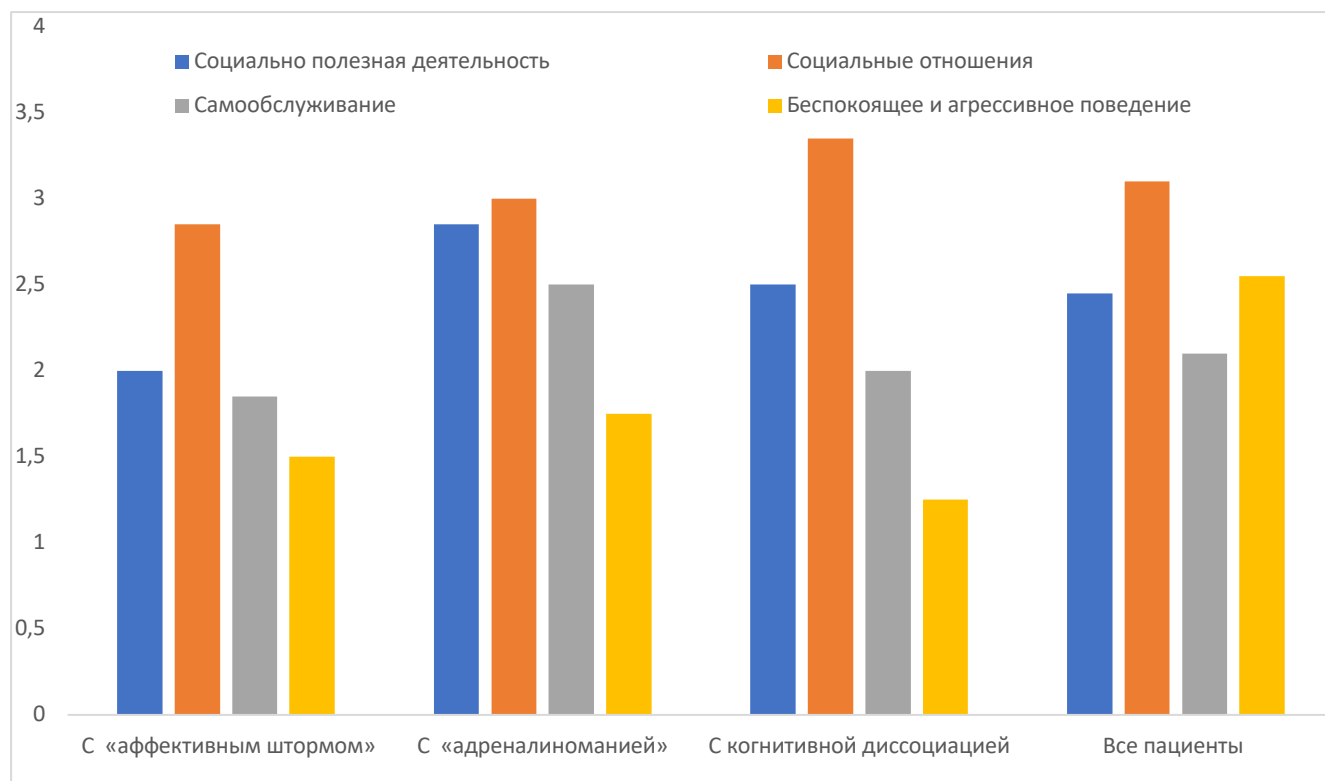


Рисунок 4.5 — Кластерный анализ уровня социального функционирования по шкале PSP на момент катамнеза

Наиболее высокий уровень социального функционирования на момент катамнестического исследования был отмечен для I типа ПРЛ с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» (61–90 баллов PSP), где со временем отмечалось успешное формирование социальной адаптации, учебных и профессиональных навыков. Меньший уровень социально-трудового функционирования обнаруживался у II типа с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» и III типа с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации (41–80 баллов PSP) (Таблица 4.7).

На этапе катамнестического исследования была выявлена вариативность при оценке долгосрочной динамики ПРЛ, которая определялась различной степенью выраженности психопатологических синдромов, различным семейным статусом и

уровнем социального функционирования. В соответствии с критериями исходов и благоприятности динамики психопатологических расстройств, использованные в исследованиях отдела юношеской психиатрии НЦПЗ [Каледа В. Г., 2008; Омельченко М. А., 2011; Румянцев А. О., 2018; Зяблов В. А., 2020], было выделено 4 варианта исхода ПРЛ (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 — Интегральная оценка динамики ПРЛ

Варианты прогноза/исходов	Разновидности ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Катамнестическая группа	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Всего	19	100	27	100	24	100	70	100
Благоприятный	2	10,53	1	3,7	1	4,17	4	5,71
Относительно благоприятный	9	47,37	4	14,81	2	8,33	15	21,43
Относительно неблагоприятный	6	31,58	16	59,26	19	79,17	41	58,57
Неблагоприятный	2	10,53	6	22,22	2	8,33	10	14,29
p	0,0001		0,013		0,002			
χ^2	23,3646		12,751		16,746			

Примечание: I тип с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма». II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании». III тип с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации.

Благоприятный исход (5,71% — 4 человека) (81–90 баллов PSP) у пациентов характеризовался высоким уровнем социальной адаптации, отражающей установление гармоничных семейных и рабочих отношений. Возникновение декомпенсаций могло происходить только при значительных психотравмирующих ситуациях с быстрым возвращением к исходному состоянию при их разрешении.

Для относительно благоприятного исхода ПРЛ (21,43% — 15 человек) (71–80 баллов PSP) было свойственно наличие психопатологических расстройств, интенсивность которых увеличивалась на фоне психотравмирующих ситуаций и

динамики коморбидных расстройств. Декомпенсация пациентов с относительно благоприятным вариантом в основном затрагивала сферу межличностных отношений и не отличалась тотальностью, не приводила к выраженным нарушениям социально-трудовой адаптации. У таких пациентов отмечалась большая комплаентность и критичность в оценках своего состояния, что положительно сказывалось на терапии и укреплении компенсаторных механизмов.

Для относительно неблагоприятного (51–70 баллов PSP — 41 человек) и неблагоприятного исхода ПРЛ (1–50 баллов PSP — 10 человек) обнаруживалась изначально более выраженная и интенсивная психопатологическая картина с большей уязвимостью к возникновению декомпенсаций, которые значительно влияли на социально-трудовую адаптацию и семейный статус. У пациентов с относительно неблагоприятным и неблагоприятным вариантом динамики отмечалось отсутствие полноценной критики и недоверие к проводимому лечению, что являлось одной из причин возникновения тяжелых декомпенсаций, которые приводили к повторным обращениям за психиатрической помощью.

В клинической и катamnестической группе больных на этапах юношеской и отдаленной постпубертатной динамики обнаружены следующие негативные исходы: 2 больных осуждены или находятся под следствием в связи с преступлениями уголовного характера, 12 больных (8,5%) проходили длительное (более 1 года) лечение в наркологических клиниках и реабилитационных центрах закрытого типа, 3 больных погибли — 2 больных в результате завершеного суицида, и 1 пациент погиб от сопутствующих факторов (HIV +), осложненных присоединением вторичных инфекционных заболеваний.

4.6 Нозологическая оценка на момент катamnеза.

Нозологическая оценка проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. На основании результатов катamnестического этапа исследования проводилась дальнейшая верификация диагнозов, выставленных при первичном обращении. Для большей наглядности диагнозы при поступлении и на момент катamnестического исследования представлены в Таблице 4.9. Результаты

нозологической оценки включают следующие разделы МКБ-10: шизофрения, бредовые расстройства (F20.x–25.x); шизотипическое расстройство (F21.x); биполярное аффективное расстройство (F31.x); эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F60.31).

Таблица 4.9 — Нозологическая оценка больных при первичном обращении и на момент катamnестического обследования

МКБ-10	Разновидность ПРЛ							
	I тип		II тип		III тип		Катamnестическая группа	
	n	%	n	%	n	%	n	%
При первичном обращении								
F60.31	19	100	27	100	24	100	70	100
На момент катamnестического обследования								
F60.31	12	63,16	17	62,96	14	58,33	43	61,43
F31 + F60.31	7	36,84	2	7,41	4	16,67	13	18,57
F20.x–25.x	0	0,00	3	11,11	1	4,17	4	5,71
F21.x	0	0,00	5	18,52	5	20,83	10	14,29
p	0,0001		0,008		0,006			
χ^2	23,0583		13,795		14,503			

Как видно из представленной таблицы, на момент катamnестического наблюдения у части пациентов отмечалась траектория к изменению диагноза с расширением диагностических категорий. У части пациентов динамика аффективных расстройств на момент катamnестического исследования имела признаки наличия «биполярного опыта» эндогенной природы (Lobban F. et al., 2012; Зяблов В. А., 2020). В динамике разновидности ПРЛ с явлениями «аффективного шторма» была свойственна коморбидность с биполярными аффективными расстройствами с тенденцией двух вариантов дальнейшей траектории: 1) с постепенной редукцией аффективных расстройств и доминированием личностных реакций 63,16%; 2) в сторону эндогенизации с формированием БАР и стабилизацией патологических личностных проявлений —

36,84% наблюдений. Для данной разновидности отмечалось отсутствие признаков эндогенных процессуальных расстройств, соответствующих критериям шизофрении и шизотипического расстройства (F20.x–29.x и F21.x). На момент катамнеза диагностические критерии сохраняли 80% пациентов с ПРЛ в юности, все пациенты I типа, 70,37% пациентов II типа и 75% III типа. Для I типа в 36,84% процентов случаев обнаруживалась коморбидность с биполярными аффективными расстройствами, где аффективные расстройства определяли клиническую картину. II и III разновидность ПРЛ отличалась значительным расширением диагностических категорий, с присоединением БАР: II тип — 7,41%, III тип — 16,67%, — с наличием нозологических траекторий к диагнозам эндогенно-процессуального спектра: шизофрении — II тип — 11,11%, III тип — 4,17% — и шизотипического расстройства — II тип — 18,52%, III тип — 20,83%.

Таким образом, в результате проведенного катамнестического исследования определена дальнейшая динамика ПРЛ в зависимости от выделенных типологических разновидностей ПРЛ в юности. Рассмотрены варианты диагностических траекторий ПРЛ в сторону диагнозов эндогенного процессуального и эндогенного аффективного спектра, а также вопрос коморбидности с эндогенными аффективными расстройствами. Полученные данные помогают изучить индивидуальные риски и определить прогнозы дальнейшей динамики, что способствует формированию эффективных тактик психофармакологического и психотерапевтического вмешательства, направленных на повышение уровня социально-трудовой адаптации.

ГЛАВА 5

Патофизиологические и нейропсихологические аспекты

Проведенное исследование пограничного расстройства личности в юношеском возрасте выявило ряд клинко-психопатологических особенностей, что обуславливает необходимость более глубокого анализа патогенетических механизмов с использованием нейропсихологического и нейрофизиологического метода.

5.1 Особенности нейропсихологического профиля больных с пограничным расстройством личности

Задачей данного фрагмента исследования стало выявление особенностей когнитивного функционирования больных с пограничным расстройством личности с целью выявления возможных церебральных механизмов патогенеза данных психопатологических состояний.

В исследовании приняли участие 74 пациента (59 пациентов клинической группы и 15 катамнестической). Пациенты были распределены в зависимости от выделенных типологических разновидностей ПРЛ: I тип с явлениями «аффективного шторма» — 25 пациентов, II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» — 20 пациентов, III тип с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации — 29 пациентов.

По результатам проведенного исследования были получены значимые различия по нейрокогнитивному функционированию между пациентами различных типов ПРЛ.

Получены следующие результаты по тесту «Висконсинский тест сортировки карточек». Наблюдаются значимые различия по количеству ошибок ($p = 0,047$) (Рисунок 5.1), количеству неперсеверативных ошибок ($p = 0,039$) (Рисунок 5.2) и по способности к обучению ($p = 0,045$) (Рисунок 5.3). По игровой задаче Айова наблюдаются значимые различия по количеству набранных игровых баллов по результатам прохождения задачи ($p = 0,049$) (Рисунок 5.4). Также наблюдается тенденция по тесту «Лондонская башня» ($p = 0,081$) (Рисунок 5.5).

По компьютеризированной методике «Реакция выбора» значимых различий среди типов ПРЛ не наблюдается.

Таблица 5.1 — Средние значения и стандартные отклонения в зависимости от типологических разновидностей ПРЛ

Название методики	Измеряемый параметр	Типологические разновидности ПРЛ		
		I тип	II тип	III тип
Висконсинский тест сортировки карточек	Количество ошибок	26,5 ± 16,2	21 ± 9,8	31,4 ± 7,8
	Неперсеверативные ошибки	8,3 ± 3,4	7,1 ± 4,2	10,9 ± 6,4
	Способность к обучению	1,2 ± 4,22	2,3 ± 3,5	-0,7 ± 4,23
Игровая задача Айова	Количество баллов	1620 ± 887	2058 ± 894	2185 ± 971
Лондонская башня	Количество совершенных действий	57,3 ± 4,3	63,1 ± 4,9	68,5 ± 3,7

По результатам сравнения нейропсихологического функционирования различных типов ПРЛ можно заключить о значимых различиях между типами. Так, у I и II типологической разновидности наблюдается значимо больше ошибок по методике «Висконсинский тест сортировки карточек». Количество неперсеверативных ошибок значимо больше у III типологической разновидности. Наблюдаются значимо низкие баллы по «способности к обучению» у пациентов III типа. Подобные нарушения могут говорить о наличии у пациентов III типа нарушений исполнительных функций в виде снижения функции регуляции деятельности, когнитивной гибкости и способности к обучению, что может быть связано с дисфункцией префронтальных отделов головного мозга.

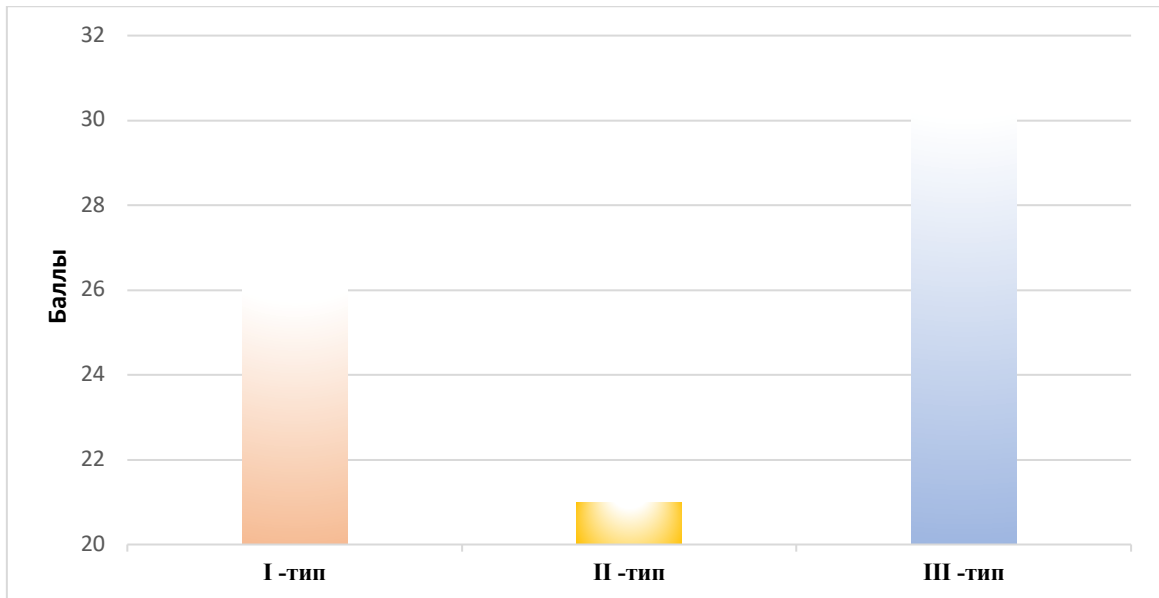


Рисунок 5.1 — Средние значения баллов по шкале «количество ошибок» по методике «Висконсинский тест сортировки карточек»

Примечание: I тип с явлениями «аффективного шторма»; II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании»; III тип с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации.

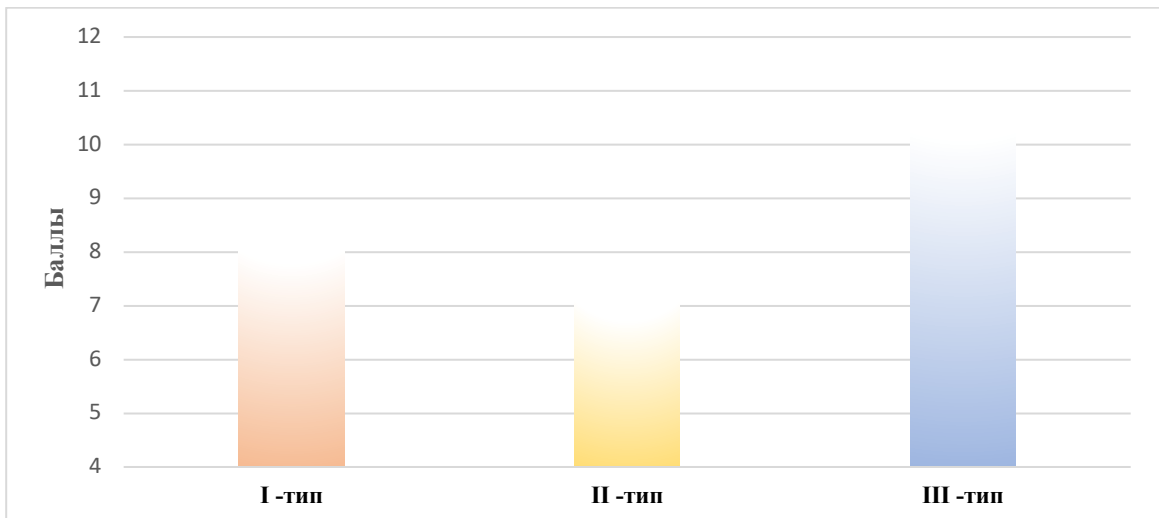


Рисунок 5.2 — Средние значения баллов по шкале «Неперсеверативные ошибки» по методике «Висконсинский тест сортировки карточек»

Примечание: I тип с явлениями «аффективного шторма»; II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании»; III тип с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации.

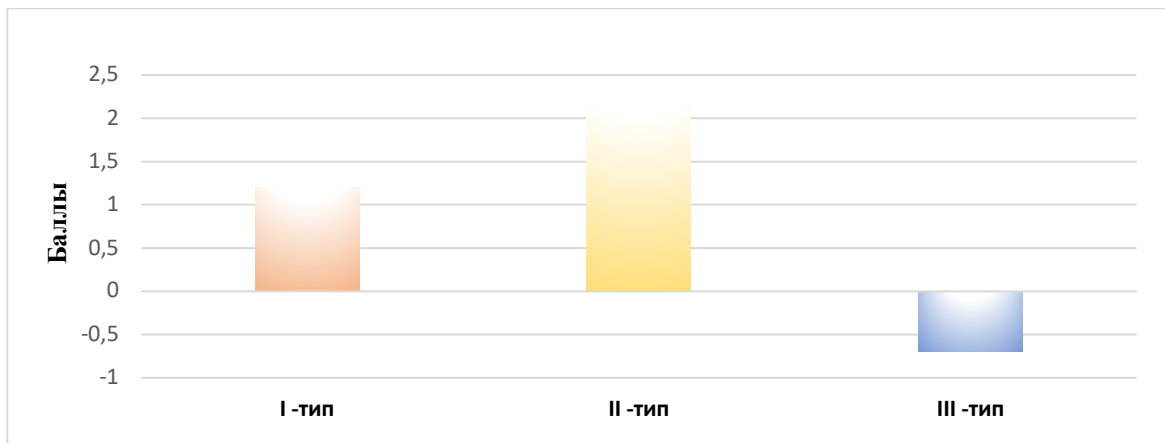


Рисунок 5.3 — Средние значения баллов по шкале «Способность к обучению» по методике «Висконсинский тест сортировки карточек»

Примечание: I тип с явлениями «аффективного шторма»; II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании»; III тип с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации.

Для I типа полученные результаты были значительно хуже, чем у других типов, что может говорить о негативном влиянии эмоциональных переживаний на когнитивное функционирование и связано с вентромедиальными отделами головного мозга. У II типа выявлялись несколько сниженные результаты по сравнению с III типом по этому показателю. По результатам прохождения теста «Лондонская башня» у пациентов III типа показатели значимо хуже, что может говорить о снижении функции планирования. Наилучшие показатели по тесту «Лондонская башня» наблюдались у I типа.

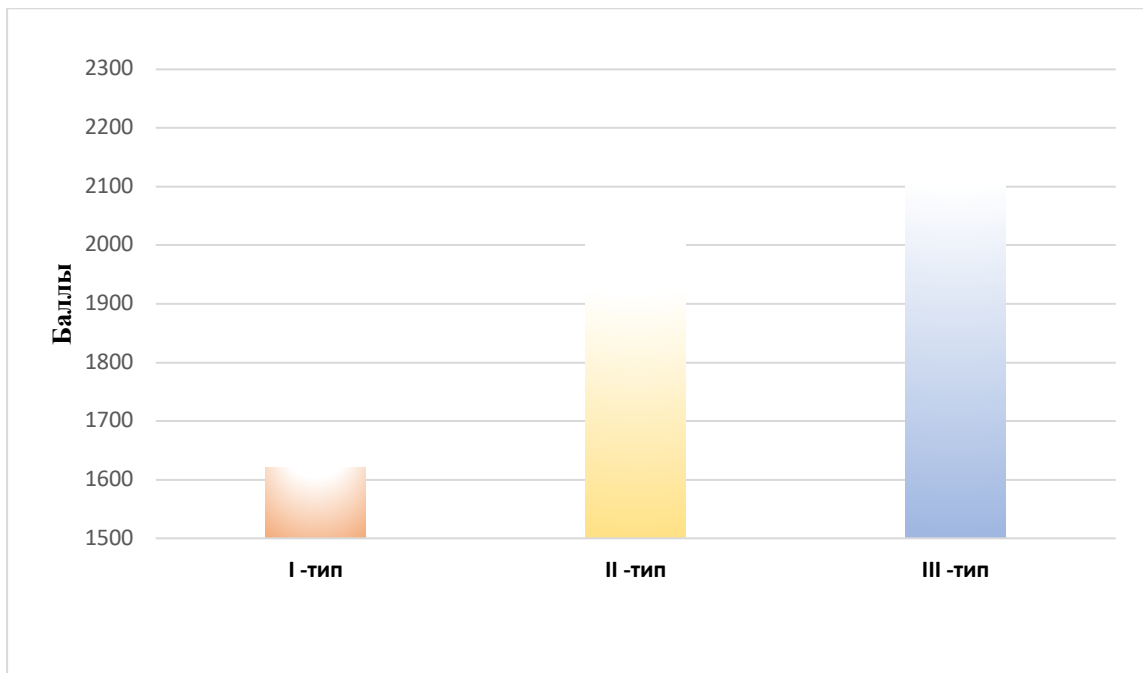


Рисунок 5.4 — Средние значения баллов по тесту «Игровая задача Айова»

Примечание: I тип с явлениями «аффективного шторма»; II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании»; III тип с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации.

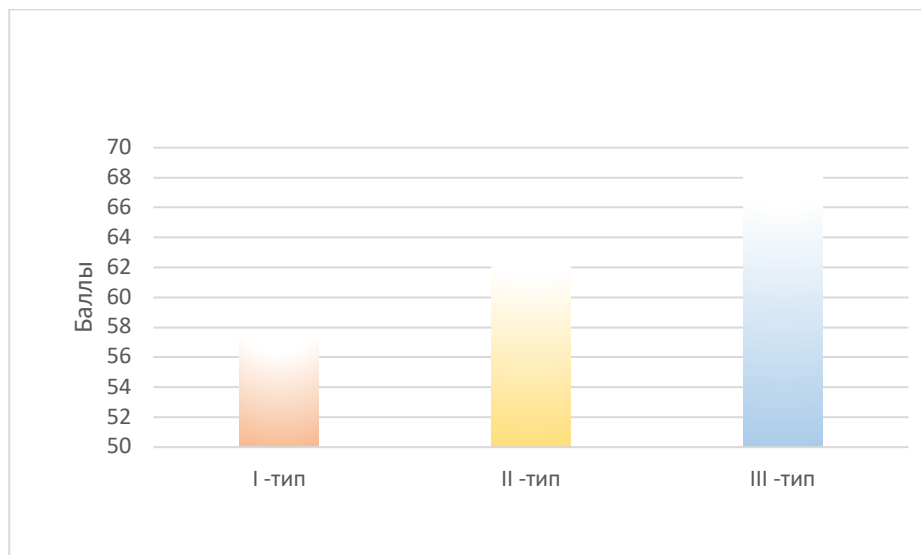


Рисунок 5.5 — Средние значения баллов по тесту «Лондонская башня»

Примечание: I тип с явлениями «аффективного шторма»; II тип с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании»; III тип с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации.

Таким образом, по данным настоящего исследования можно заключить о наличии различий у пациентов разных типов пограничного расстройства личности в нейрокогнитивном профиле. Так, пациенты с преобладанием когнитивной диссоциации демонстрируют снижение функций планирования и регуляции, когнитивной гибкости и способности к обучению, что говорит о дисфункции префронтальных отделов головного мозга. У пациентов с доминированием расстройств влечения наблюдается умеренное снижение функций планирования и некоторое влияние эмоциональных процессов на когнитивное функционирование. У пациентов с явлениями «аффективного шторма» отмечается дисфункция вентромедиального отдела головного мозга, что связано с трудностями в торможении эмоциональных переживаний, влияющих на когнитивные функции.

5.2 Нейрофизиологические аспекты

С целью оценки особенностей функциональной организации активности головного мозга исследованных пациентов с разными типами ПРЛ всем больным проведено нейрофизиологическое исследование. Работа выполнялась в. н. с. лаборатории нейрофизиологии, к. б. н. Е. В. Изнак (зав. Лабораторией — д. б. н., профессор А. Ф. Изнак).

Многоканальная (16 каналов) фоновая ЭЭГ в монополярных отведениях — F7, F3, F4, F8, T3, C3, Cz, C4, T4, T5, P3, Pz, P4, T6, O1 и O2 — по международной системе 10–20 регистрировалась в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Анализ спектральной мощности и когерентности ЭЭГ проводился в стандартных частотных диапазонах: дельта (2–4 Гц), тета (4–8 Гц), альфа (8–13 Гц), бета-1 (13–20 Гц) и бета-2 (20–30 Гц) — с представлением результатов в виде усредненных по группам пациентов топографических карт пространственного распределения спектральной мощности ЭЭГ (в %) и карт «высококогерентных» функциональных связей (с коэффициентами когерентности выше 0,9) между парами корковых отведений.

Все три разновидности больных характеризовались организованным типом ЭЭГ с отчетливым преобладанием альфа-ритма (8–13 Гц) в теменно-затылочных отведениях и слабой выраженностью быстрой (бета-диапазонов) и

медленноволновой (тета-дельта) ЭЭГ активности, что при визуальном анализе ЭЭГ рассматривается как вариант нормы.

Тем не менее отмечены некоторые различия между группами по значениям спектральной мощности и пространственной организации альфа-ритма ЭЭГ.

Так, наибольшие значения абсолютной спектральной мощности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях (до 180 мкВ) зарегистрированы в I типе (с явлениями «аффективного шторма»), наименьшие значения (до 115 мкВ) — в III типе (с преобладанием «когнитивной диссоциации») и промежуточные значения (до 145 мкВ) — при II типе.

Кроме того, в группах I и II типа при спектральной мощности альфа-ритма (8–13 Гц) в теменно-затылочных отведениях локализовался в правом полушарии ($O2 > O1$), а в III разновидности — в левом полушарии ($O2 < O1$) головного мозга (Рисунок 5.6).

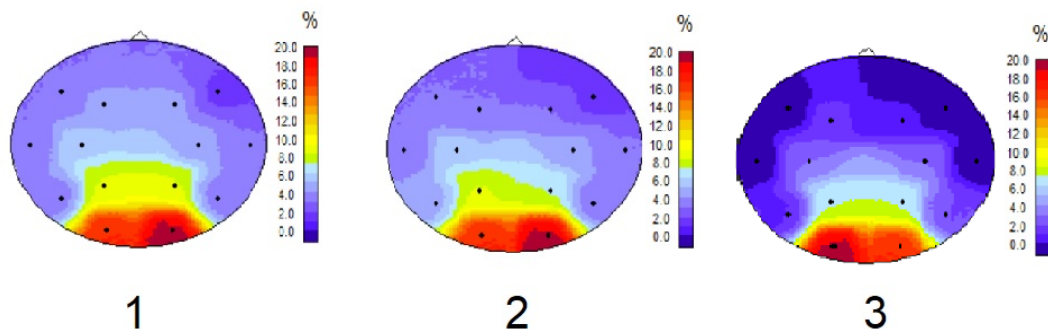


Рисунок 5.6 — Топографические карты пространственного распределения спектральной мощности ЭЭГ в альфа-частотном диапазоне (8–13 Гц), усредненные по трем группам больных с разными типами ПРЛ

Пояснения: 1 — I тип, 2 — II тип, 3 — III тип. Цветная шкала справа от карт — значения пространственного распределения спектральной мощности ЭЭГ (в %).

Наконец, наибольшее число «высококогерентных» функциональных связей (с коэффициентами когерентности выше 0,9) между парами корковых отведений, включая внутрислоушарные лобно-центральные (F3–C3 и F4–C4), лобно-передневисочные (F3–F7 и F4–F8), центрально-передневисочные (C3–F7 и C4–F8)

и центрально-средневисочные (С3–Т3 и С4–Т4) и теменно-задневисочные (Р3–Т5 и Р4–Т6) связи, а также межполушарные связи между правым и левым центральными (С3–С4) и правым и левым теменными (Р3–Р4) отведениями, отмечено при типе II. Несколько меньшее число «высококогерентных» функциональных связей в тех же областях наблюдалось при I типе. При III типе «высококогерентные» лобно-центрально-височные функциональные связи в правом полушарии были представлены заметно сильнее, чем в левом полушарии, и отсутствовали межполушарные связи между правым и левым центральными (С3–С4) отведениями (Рисунок 5.7).

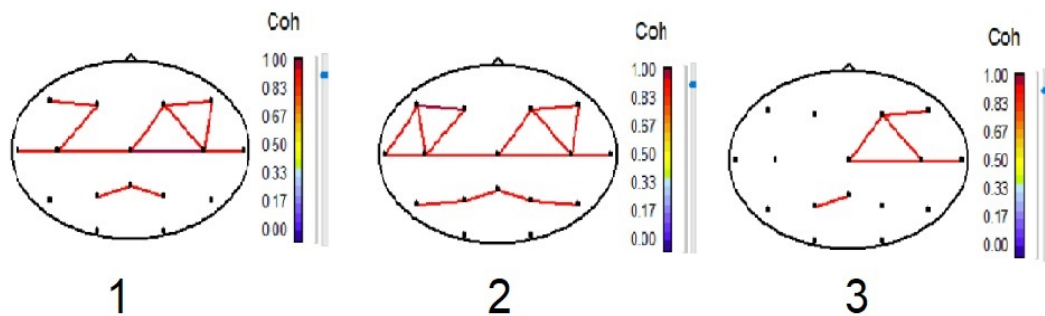


Рисунок 5.7 — Топографические карты «высококогерентных» функциональных связей в альфа-частотном диапазоне ЭЭГ (8–13 Гц), усредненные по трем группам больных с разными типами ПРЛ

Пояснения: 1 — I тип, 2 — II тип, 3 — III тип. На картах представлены связи с коэффициентами когерентности ЭЭГ (Coh) выше 0,9.

Часть отмеченных особенностей спектральных параметров и пространственной организации ЭЭГ у больных с разными типами пограничных расстройств личности согласуются с результатами психологического тестирования и нейропсихологического обследования.

Так, высокие значения абсолютной спектральной мощности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях при I типе (с явлениями «аффективного шторма»), согласно классическим представлениям клинической нейрофизиологии, отражают повышенную активацию дизэнцефальных структур ствола мозга,

принимающих участие в регуляции эмоционального состояния и энергетического обеспечения когнитивных процессов.

Определенное «функциональное разобщение» передних отделов правого и левого полушарий в виде отсутствия «высококогерентных» межполушарных связей между центральными областями коры при III типе (с преобладанием «когнитивной диссоциации»), а также меньшая когерентность ЭЭГ в альфа-диапазоне в лобно-центрально-височных областях левого полушария согласуются с большим числом ошибок и худшими показателями обучения принятию логических решений в Висконсинском тесте сортировки карточек (WCST), отражающими дисфункцию префронтальных отделов коры, особенно левого полушария. Некоторое снижение нисходящих тормозных влияний со стороны префронтальной коры может опосредовать и более низкие значения спектральной мощности теменно-затылочного альфа-ритма при III типе, а левосторонняя локализация фокуса его спектральной мощности свидетельствует об относительно меньшей активации задних (зрительно-вербальных) отделов коры левого полушария, что также может оказывать негативное влияние на когнитивное функционирование пациентов III типа.

5.3 Психометрические показатели у пациентов ПРЛ в юношеском возрасте

Дополнительное использование психометрических данных (Рисунок 5.8) позволило подтвердить правомочность выделенных типологических разновидностей ПРЛ в результате психопатологической оценки. Поведенческие и эмоциональные расстройства оценивались при помощи шкалы импульсивности Баррата (BIS-11) и Торонтской шкалы алекситимии (TAS).

Наибольшей импульсивностью по шкале Баррата, по сравнению с другими разновидностями ПРЛ, обладала разновидность с явлениями «аффективного шторма» (I тип), где также ведущим определялся импульсивный тип НССП. Достаточно высокие показатели импульсивности обнаружены и у разновидности с преобладанием «аддиктивной адреналиномании», что отчасти обуславливает

быстрое формирования нарушений влечения и установления синдрома «адреналиномании».

Согласно результатам шкалы TAS эмоциональные нарушения в виде алекситимии были одинаково высокими при I и II разновидности ПРЛ. Для разновидности с преобладанием когнитивной диссоциации (III тип) отмечались высокие показатели явлений алекситимии, что согласуется с выраженностью нарушений самоидентификации у пациентов этого типа.

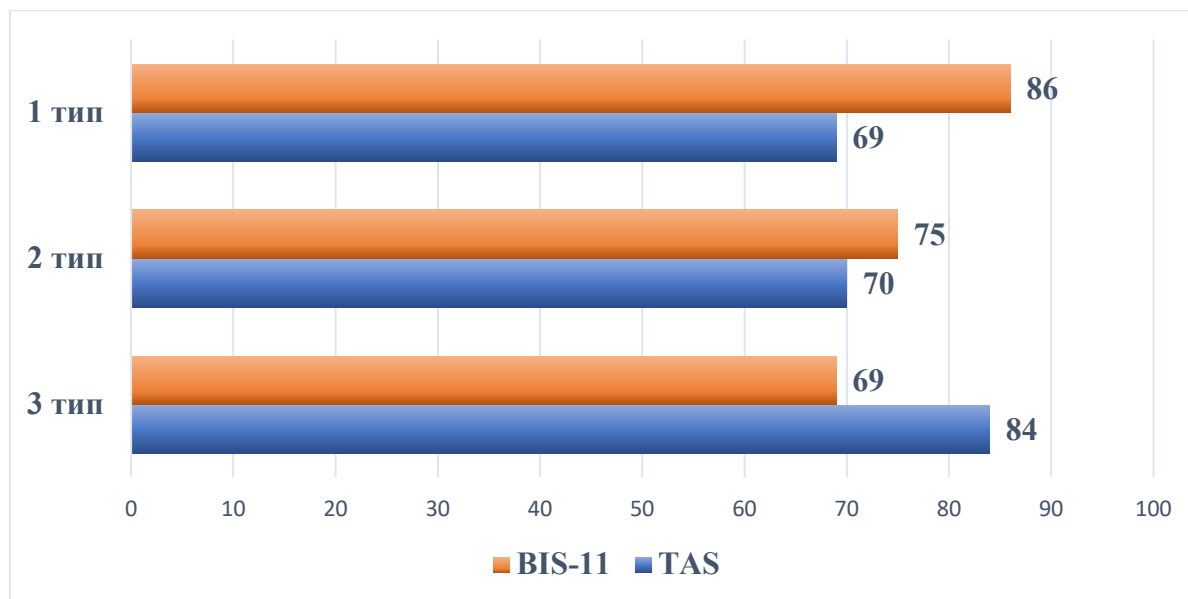


Рисунок 5.8 — Распределение медианных показателей шкалы импульсивности Баррата (BIS-11) и Торонтской шкалы алекситимии (TAS) в зависимости типологических разновидностей ПРЛ в юности

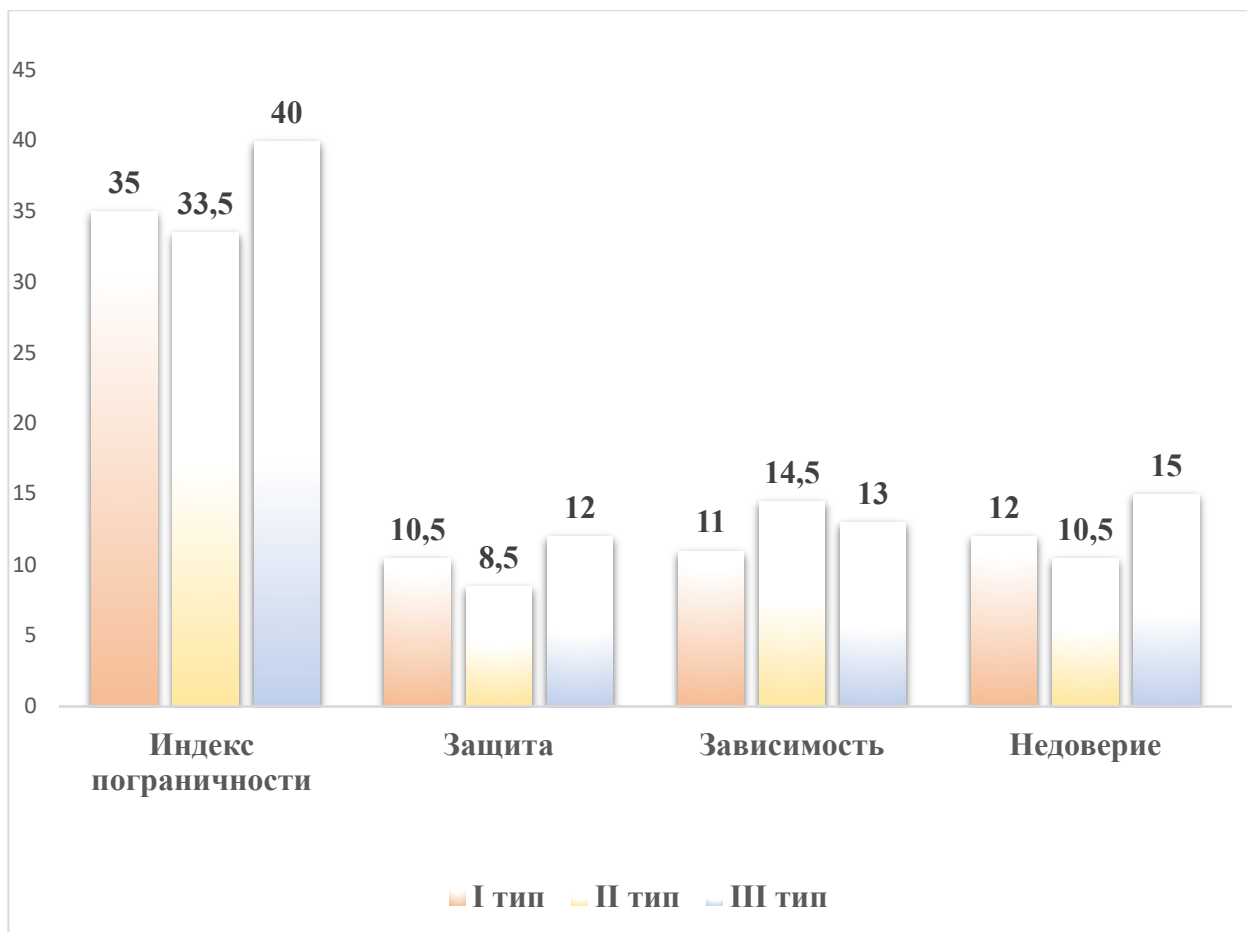


Рисунок 5.9 — Распределение показателей по факторам опросника дисфункциональных убеждений для пограничного расстройства личности (PBQ-BPD) в зависимости от разновидности ПРЛ

Как представлено на Рисунке 5.9, при использовании опросника дисфункциональных убеждений (PBQ-BPD) обнаружено, что самые высокие значения зафиксированы у разновидности с преобладанием когнитивной диссоциации (III тип) — $M(40 \pm 1)$, с высокими показателями фактора защиты и фактора недоверия. Для I типа было свойственно равномерное распределение факторов по шкале (PBQ-BPD). Во II типе зафиксировано преобладание фактора зависимости.

Таким образом, полученные результаты позволяют дополнительно оценить степень выраженности психопатологических расстройств, нарушение уровня социальной адаптации, помогают составить прогноз дальнейшей динамики, оценить эффективность терапевтических стратегий.

ГЛАВА 6

Основные подходы к терапии и социальной реабилитации пациентов с пограничным расстройством личности в юношеском возрасте

Разработка терапевтических и фармакологических подходов, направленных на стабилизацию пограничного расстройства личности и лечения сопутствующих расстройств, является одной из задач настоящего исследования. По данным литературных источников, предпочтительным способом лечения ПРЛ являются различные варианты психотерапевтических вмешательств, при этом в некоторых зарубежных руководствах не рекомендовано назначение лекарственной терапии [NICE, 2009; NHMC, 2012]. Однако психофармакологический подход показал свою высокую эффективность в купировании поведенческих расстройств, аутоагрессивного и суицидального поведения [Kaess. M., 2014; Симуткин Г. Г., Яковлева А. Л., 2017; Gunderson J. G. et al., 2018; Gartlehner G., Crotty K. et al., 2021]. Другие исследователи подчеркивают оправданность фармакологической терапии в связи с наличием нейробиологических мишеней для коррекции психопатологических состояний [Смулевич А. Б., 2012; Cloninger C. R., 2000]. Наиболее эффективным методом лечения и коррекции психопатологических расстройств при ПРЛ было совмещение психотерапевтических стратегий при наличии адекватной фармакологической поддержки [Guilé J. ., Boissel L., 2018; Winsper C., 2021]. Одной из основных трудностей при курации пациентов с ПРЛ была их недостаточная комплаентность и отсутствие приверженности к длительной терапии, что приводило к высокой частоте самостоятельного обрыва фармакотерапии и низкой результативности лечения [Soler J. et al., 2005]. Причиной отсутствия достаточного терапевтического эффекта были следующие психопатологические особенности пограничных личностей: высокая импульсивность, инфантильность и незрелость суждений с отсутствием критики к своему состоянию, переоценкой собственных возможностей с негативизмом и протестными поведенческими реакциями, в том числе обусловленными возрастными кризовыми проявлениями. Терапия пограничного расстройства личности проводилась в соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава

РФ (2019; 2021 гг.). В настоящее время отсутствуют клинические рекомендации для лечения пациентов с пограничным расстройством личности младше 18 лет, фармакотерапия таких пациентов требовала получения разрешения Локального этического комитета НЦПЗ.

Назначение лекарственных препаратов зависело от актуального психического состояния пациентов и наличия коморбидной психической патологии. При декомпенсациях ПРЛ с преобладанием поведенческих расстройств, с возбудимостью и явлениями эмоционального напряжения, немотивированной агрессией с деструктивным поведением было рекомендовано назначение антипсихотиков первого и второго поколения [Смулевич А. Б., 2012; 2019; Залуцкая Н. М., 2012; Gartlehner G., Crotty K. et al., 2021; Casale A., Bonanni L. et al., 2021] (Рисунок 6.1.). Назначение нейролептических препаратов проводилось коротким курсом в рамках купирующего этапа терапии. Для коррекции аффективного дисбаланса и повышения эмоциональной устойчивости использовались антидепрессанты различных групп (СИОЗС, СИОЗСиН, ТЦА) и стабилизаторы настроения. При этом эффективность применения антидепрессантов из группы СИОЗС имела под собой патогенетическую обоснованность, связанную с компенсацией нарушения обмена серотонина в префронтальной коре [Vita A., De Peri L. et al., 2011; Riffer F., Farkas M. et al., 2019]. В связи с часто встречаемыми поведенческими расстройствами монотерапия антидепрессантами не рекомендовалась, проводилось комплексное лечение с назначением нейролептиков 2 поколения и нормотимиками. По данным клинических рекомендаций, терапия стабилизаторами настроения оказывала положительный эффект на такие симптомы пограничного расстройства личности, как импульсивность/эксплозивность и явления аффективной нестабильности. Установленная эффективность обнаруживалась у ламотриджина и вальпроевой кислоты [Залуцкая Н. М., 2012; Tritt K., Nickel C. et al., 2005; Gunderson J. G., Lois W. et al., 2018]. Назначение анксиолиотиков не рекомендовалось в лечении ПРЛ в связи с высоким риском возникновения к ним аддиктивного влечения и

возможным усилением поведенческих расстройств, и повышением расторможенности [Залуцкая Н. М., 2012; Клин. рекомендации, 2021].

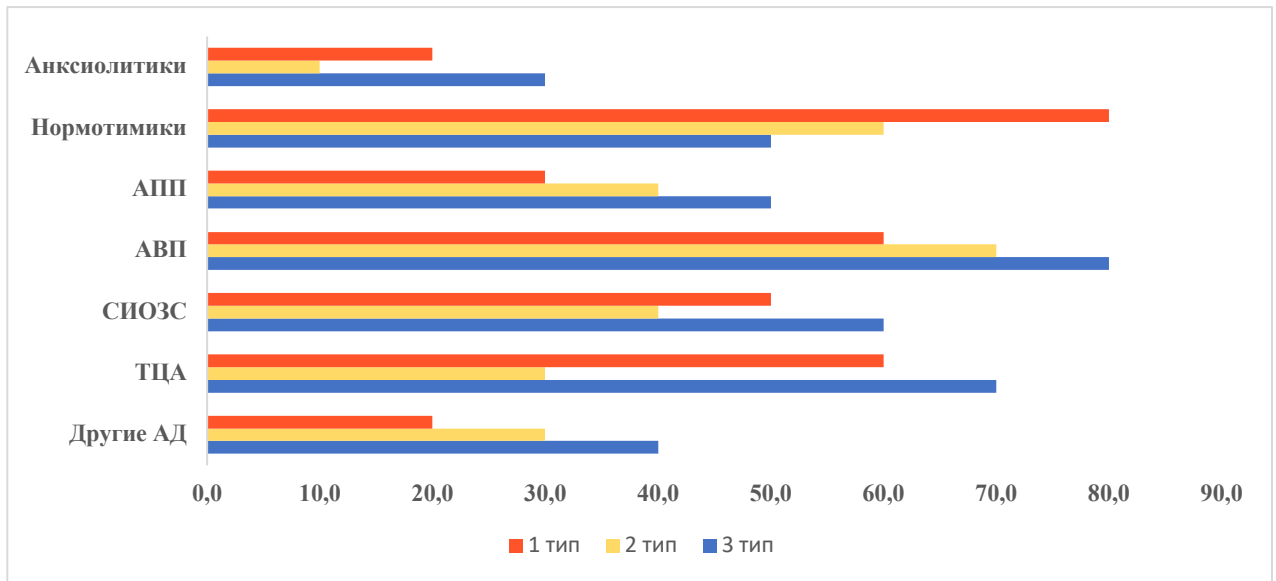


Рисунок 6.1 — Частота применения различных ЛС при ПРЛ

Значительную роль в установлении компенсации ПРЛ играл социальный фактор, связанный с проведением психообразовательных методик для пациентов с ПРЛ и его окружением. В ряде случаев фактор среды и значительное накопление патологических личностных характеристик у родственников пациентов дополнительно снижало комплаенс и результативность лечения, что являлось мишенью для проведения семейной психотерапии.

Таким образом, терапевтический алгоритм нуждался в комплексном подходе с учетом биологических, психопатологических, психологических и социальных особенностей пациентов при лечении ПРЛ в юношеском возрасте. При назначении психофармакотерапии (ПФТ) учитывалась актуальная клиническая картина, наличие коморбидных расстройств и индивидуальная реакция пациентов на препараты. Оценивалась общая практическая целесообразность и соотношение риск/польза (эффективность/безопасность), с учетом не только доказанной эффективности назначаемой терапии, но и частотой и тяжестью возникновения побочных эффектов, оценкой лекарственного взаимодействия.

На основании клинических рекомендаций по лечению специфических расстройств личности (2021), проведенных научных исследований по терапии

расстройств личности и пограничного расстройства личности в частности [Смулевич А. Б., 2012; 2019; Залуцкая Н. М., 2012; Gartlehner G., Crotty K. et al., 2021; Casale A., Bonanni L. et al., 2021], с учетом опыта курации пациентов юношеского возраста с расстройствами личности и сопутствующими коморбидными состояниями и использованием анализа данных эффективности терапии у катamnестической группы и особенностей клинической картины была разработана стратегия лечения пациентов с ПРЛ. Используя преемственный опыт в лечении психопатологических расстройств юношеского возраста, было выделено 3 этапа лечения пациентов с ПРЛ в юности: купирующий, стабилизирующий и поддерживающий [Крылова Е. С., 2004; Бебуришвили А. А., 2008; Зяблов В. А., 2020].

6.1 Купирующий этап лечения

Задачей купирующего этапа лечения является редукция поведенческих расстройств, самоповреждающего поведения и антивитальной активности, уменьшение субпсихотических феноменов в случае их наличия. Препаратами выбора для купирующего этапа лечения являлись атипичные антипсихотические препараты. В случае коморбидности с аффективными расстройствами подбор первичной антидепрессивной терапии и назначение препаратов стабилизаторов настроения. В отдельных случаях в схему лечения включались транквилизаторы бензодиазепинового ряда, однако их назначение требовало индивидуального подхода и осторожности в связи с побочными и негативными эффектами для пациентов с ПРЛ в виде риска появления полизависимостей и побочных эффектов. Назначение фармакотерапии оценивалась при помощи шкалы оценки уровней

достоверности доказательств — УДД¹ — и шкалы оценки уровней убедительности рекомендаций — УУР² (Клин. рекомендации, 2021).

Для разновидности с явлениями «аффективного шторма» (I тип) купирующий этап терапии был направлен на снижение аффективной нестабильности и импульсивности с редукцией поведенческих расстройств и аутоагрессивной активности. В связи с преобладанием в структуре данного типа ПРЛ аффективных расстройств фармакотерапевтическая стратегия проводилась согласно современным стандартам лечения расстройств личности и аффективной патологии. [Мосолов С. Н. и др., 2013; Мосолов С. Н., 2016; Клин. рекомендации, 2021]. В терапии данной разновидности ПРЛ преобладали прежде всего препараты из группы стабилизаторов настроения, антидепрессантов, в связи с учетом тяжести состояния, в схему лечения назначались антипсихотические препараты второго поколения, которые доказали свою эффективность как в снижении выраженности поведенческих расстройств, так и использовались для аугментирования с целью усиления антидепрессивного эффекта. В 85% случаев купирующий этап терапии для I типа ПРЛ сопровождался назначением стабилизаторов настроения с подбором первичных дозировок. Препаратами 1-й линии для купирования аффективной нестабильности и импульсивности являлась вальпроевая кислота [Залуцкая Н. М., 2012] и ламотриджин (УДД-2; УУР-А). В случае диагностирования коморбидных биполярных аффективных расстройств в качестве препаратов второго выбора могли использоваться соли лития (в терапевтических

¹ УУД-1 — систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа. УУД-2 — отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа. УУД-3 — нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования. УУД-4 — несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль». УУД-5 — имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов (Клин. рекомендации под редакцией РОП, 2021).

² УУР-А — сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными). УУР-В — условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными). УУР-С — слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества, все рассматриваемые критерии эффективности [исходы] являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) (Клин. рекомендации под редакцией РОП, 2021).

границах) и карбамазепин. Антидепрессивная терапия назначалась с учетом актуального психического статуса и в случае риска усиления поведенческих расстройств могла применяться после назначения других групп препаратов. Препаратами первого выбора были СИОЗС сбалансированного действия — сертралин в дозировке 50–150 мг/сут. и эсциталопрам 20–40 мг/сут. (УДД-2; УУР-5). В случае выраженных антивитаальных размышлений и высоким суицидальным риском применялись антидепрессанты из группы трициклических антидепрессантов. Препаратом 1-го выбора являлся амитриптилин в дозировке 100–175 мг/сут. В случае неэффективности антидепрессивной терапии производилась комбинация антидепрессантов из группы трициклических и СИОЗС, дополнительно могли назначаться препараты из группы СИОЗСиН — венлафаксин в дозировке 150–225 мг/сут., — эффективность которых была доказана в ряде исследований [Gartlehner G., Crotty K. et al., 2021; Casale A., Bonanni L. et al., 2021]. Обоснованность назначения транквилизаторов подвергалась сомнению как в клинических рекомендациях, так и в проводимых исследованиях, посвященных ПРЛ. Терапией, направленной на коррекцию поведенческих расстройств и аугментацию антидепрессантов, являлись антипсихотики второго поколения — оланзапин в дозировке до 15 мг в сутки (УДД-2; УУР-А) и кветиапин в дозировке до 400 мг в сутки (УДД-5; УУР-С). Назначение кветиапина было оправдано в случае наличия коморбидных биполярных аффективных расстройств, что способствовало дополнительной стабилизации аффекта. Препаратом 2-го выбора для купирования поведенческих расстройств при ПРЛ являлся арипипразол в дозировке до 15 мг/сут. (УДД-2; УУР-А). Для коррекции гневливости, враждебности, раздражительности, импульсивного поведения пациентов с расстройствами личности рекомендуется назначение галоперидола до 5 мг/сут. (УДД-1; УУР-А) и перициазина до 10 мг (УДД-3; УУР-В). Однако в случае назначения перициазина следует учитывать значительную частоту побочных эффектов с появлением экстрапирамидных расстройств. Транквилизаторы назначались в 25% случаев с целью

дополнительной седирующей терапии в составе комбинированной терапии, коротким курсом, не превышающим 7 дней (Таблица 6.2.).

Купирующее лечение для II типа ПРЛ с доминированием расстройств влечений по типу «аддиктивной адреналиномании» заключалось в редукции поведенческих расстройств и нарушений влечения. На первых этапах лечения применялись АПП и АВП — антипсихотики первого и второго поколения, которые назначались для купирования аддикций, гетероагрессивного и самоповреждающего поведения. Препаратом первого выбора с целью купирования возбуждения ауто- и гетероагрессивного поведения назначался нейролептик второго поколения — оланзапин до 15 мг. Препаратами второго выбора были кветиапин до 400 мг, рисперидон до 4 мг. Препаратом выбора среди АПП был раствор галоперидола, который мог применяться в сочетании с транквилизаторами бензодиазепинового ряда для усиления седативного эффекта. Дополнительно альтернативным корректором поведенческих расстройств назначался перициазин до 10 мг. Стабилизаторы настроения использовались для уменьшения патологии влечения, редукции раздражительного и дисфорического аффекта. Препаратами первого выбора для коррекции данных симптомов были карбамазепин и окскарбазепин, для коррекции аффективной нестабильности назначался ламотриджин. Препаратом второго выбора из группы стабилизаторов настроения является вальпроевая кислота, которая показала свою эффективность в снижении импульсивности и эмоциональной лабильности. В терапии пациентов II типа с доминированием расстройств влечения с явлениями «аддиктивной адреналиномании» особую эффективность в уменьшении абстинентного периода с преобладанием тревоги и ажитации показали «малые стабилизаторы настроения», воздействующие на ГАМК-ергическую систему. Эффективность габапентина и прегабалина в купировании симптомов ПРЛ подтверждена рядом исследований [Peris L., Szerman N. et al., 2007; Duisin D., Milovanivic S., 2020; Casale A., Bonanni L. et al., 2021], препараты способствовали уменьшению тревоги и раздражительности, снижению выраженности влечений, благоприятно влияли на поведение пациентов. Прегабалин назначался короткими курсами, с целью

предотвращения возможного привыкания к препарату, в последующем проводилась замена на габапентин. Антидепрессивная терапия для пациентов данной разновидности ПРЛ включала себя препараты из группы СИОЗС со сбалансированным и противотревожным действием. В случае неэффективности проводилась комбинация с трициклическими антидепрессантами, присоединение антидепрессантов из группы СИОЗСиН (венлафаксин, дулоксетин).

Купирующая фармакотерапия для разновидности с преобладанием когнитивной диссоциации и нарушений самоидентификации была направлена на идеаторную сферу и нарушения самоидентификации, в основе которых здесь часто имели место деперсонализационные расстройства, субпсихотические состояния и аттенуированные психотические симптомы с уменьшением поведенческой дизрегуляции и аутоагрессивных тенденций. Препаратами 1-го выбора являлись антипсихотические препараты второго поколения: арипипразол и оланзапин, — обеспечивающие мягкий антипсихотический эффект и способствующие уменьшению поведенческих расстройств. Препаратами второй линии, доказавшими свою результативность в купировании симптомов данной разновидности ПРЛ, были рисперидон, палиперидон и галоперидол в инъекционной форме. Назначение стабилизаторов настроения проводилось в 53% случаев, препаратом выбора был ламотриджин. Наиболее часто назначаемыми препаратами были антидепрессанты различных групп. В связи с полиморфизмом клинической картины данной разновидности ПРЛ с преобладанием деперсонализационной симптоматики, высокой антивильной активностью применялись комбинации, сочетающие препараты из группы СИОЗС + ТЦА и СИОЗСиН.

Полиморфизм клинической картины, высокий суицидальный риск и недостаточная разработанность исследований посвященных психфармакотерапии ПРЛ в юности затрудняла лечение пациентов данной нозологической категории. При этом в назначении ПРЛ большую роль играл комплексный психофармакологический подход, отсутствие монотерапии в лечении симптомов

ПРЛ. Учитывался опыт аугментирования антидепрессивной терапии нейролептиками второго поколения и стабилизаторами настроения.

Таблица 6.2 — Схема купирующего лечения пациентов с ПРЛ в юношеском возрасте по выделенным типам

I тип	II тип	III тип
Нейролептики		
Препараты 1-го выбора	Препараты 1-го выбора	Препараты 1-го выбора
Оланзапин (до 15 мг) Кветиапин (до 400 мг)	Галоперидол (до 5 мг) Оланзапин (до 15 мг)	Оланзапин (до 15 мг) Арипипразол (до 15 мг)
Препараты 2-го выбора	Препараты 2-го выбора	Препараты 2-го выбора
Арипипразол (до 15 мг) Галоперидол (до 5 мг) Перициазин (до 10 мг)	Кветиапин (до 400 мг) Рisperидон (до 4 мг) Перициазин (до 10 мг)	Рisperидон (до 4 мг) Палиперидон (до 6 мг) Галоперидол (до 5 мг)
Стабилизаторы настроения		
Препараты 1-го выбора	Препараты 1-го выбора	Препараты 1-го выбора
Вальпроевая кислота, ламотриджин	Ламотриджин, карбамазепин, окскарбазепин	Ламотриджин
Препараты 2-го выбора	Препараты 2-го выбора	Препараты 2-го выбора
Соли лития, карбамазепин, окскарбазепин	Вальпроевая кислота, габапентин, прегабалин	Карбамазепин, окскарбазепин, габапентин, прегабалин
Антидепрессанты		
Препараты 1-го выбора	Препараты 1-го выбора	Препараты 1-го выбора
СИОЗС (циталопрам, сертралин), ТЦА (амитриптилин в случае суицидального риска)	СИОЗС (сертралин, флувоксамин)	СИОЗС (флувоксамин, паксил)
Препараты 2-го выбора	Препараты 2-го выбора	Препараты 2-го выбора
СИОЗС + ТЦА; ТЦА (амитриптилин), СИОЗС _н (венлафаксин)	ТЦА (амитриптилин), СИОЗС (флувоксамин),	ТЦА (амитриптилин, кломипрамин), СИОЗС

	СИОЗСиН (венлафаксин, дулоксетин)	(пароксетин), СИОЗСиН (дулоксетин)
Анксиолитики		
Производные бензодиазепаина коротким курсом (не более 7 дней) — диазепам (до 20 мг), бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (до 4 мг), клоназепам (до 4 мг)		

6.2 Стабилизирующий и поддерживающий этап лечения

На данных этапах лечения ПРЛ юношеском возрасте проводилась корректировка дозировок ПФТ с последующим присоединением психотерапевтических подходов, направленных на регуляцию эмоциональной сферы, коррекции психопатологических расстройств. Стабилизирующий этап терапии у пациентов с ПРЛ начинался в период стационарного лечения до 1 года после выписки из клиники с постепенным сокращением психофармакотерапии под амбулаторным наблюдением врача-психиатра. В поддерживающем этапе терапии применялись преимущественно психотерапевтические методики, направленные на предотвращение рецидива и уменьшение риска возникновения повторных декомпенсаций.

Наиболее часто используемыми и имеющими доказательную базу подходами для работы с ПРЛ в юности являются схема-терапия; психотерапия, основанная на ментализации; психотерапия, сфокусированная на переносе, и диалектико-поведенческая психотерапия.

Схема-терапия (СТ), разработанная Дж. Янгом, представляет собой интегративный подход, объединяющий в себе КПТ, психодинамический и экзистенциально-гуманистический подходы. СТ изначально была направлена на работу с пациентами с ПРЛ и показала свою эффективность в серии исследований [Giesen-Bloo J. et al., 2006; Nordahl H. M., Nysaeter T. E., 2005; Farrell J. M., Shaw I. A., 2009; Dickhaut V., Arntz A., 2013]. Данный метод направлен на создание адаптивных схем, нацеленных на улучшение контроля над эмоциями, связан с переработкой негативных воспоминаний прошлого и травматического опыта.

Психотерапия, основанная на ментализации, была разработана А. Bateman, P. Fonagy (2014) на базе психодинамического подхода, однако также интегрирует идеи из других подходов. Краеугольным камнем данного подхода является понятие «ментализация», которое подразумевает способность индивида к восприятию и репрезентации в воображаемом плане собственных субъективных переживаний и переживаний других людей, а также наделение смыслом и причинности происходящему с субъектом [Bateman A., Fonagy P., 2014].

Психотерапия с опорой на ментализацию ставит для себя задачу в побуждении пациента к разбору того, что он чувствует и думает о себе и других и как это влияет на его реакции при взаимодействии с собой и с другими, а также как трудности с ментализацией провоцируют деструктивные действия, эмоциональные переживания и мысли. Максимальная длительность психотерапии с опорой на ментализацию составляет 2 года и представляет из себя индивидуальную и групповую психотерапию, причем посещение группы является обязательным в связи с тем, что группа является наилучшей средой для изучения мотивов других людей и размышления о своих собственных субъективных переживаниях и презентации их другим.

Психотерапия, сфокусированная на переносе, является подходом, созданным для работы с ПРЛ. Данный подход базируется на психоаналитической традиции, в особенности на объектных отношениях и системном подходе к лечению тяжелой патологии личности (Clarkin J. F., Yeomans F. E., Kernberg O. F., 2006). Основной целью и задачей данного психотерапевтического способа является интеграция идентичности пациента с помощью структурирования адекватной психотерапевтической среды и установления терапевтического контракта, а также обсуждения и интеграции искаженных репрезентаций о себе и других с последующей генерализацией на другие отношения и ситуации, встречающиеся у пациента.

При лечении пациентов с ПРЛ зачастую применялся диалектико-поведенческий подход (ДБТ), показавший наибольшую эффективность при работе с пациентами с проблемным поведением и положительным влиянием на

когнитивную сферу у пациентов с ПРЛ [Secrist C. D., 2014; Iskric A., Barkley-Levenson E., 2021]. ДБТ придерживается биосоциальной модели формирования пограничного расстройства личности, а именно наличие биологических факторов в виде уязвимости и повышенной чувствительности нервной системы и инвалидизирующей среды. Базовой идеей ДБТ является наличие у индивидов с ПРЛ проблемного поведения в виде самоповреждающего поведения, суицидальных действий, расстройств пищевого поведения, вспышек гнева, импульсивности, злоупотреблением ПАВ и алкоголя, а также нарушением межличностного взаимодействия, что является деструктивным способом регуляции собственных эмоций. Диалектический подход предполагает баланс между стратегиями изменения и валидацией (принятием) [Linehan M. M., 2018].

На первой стадии работы с пациентом с ДБТ, которая является наиболее важной, основной задачей было сохранение жизни пациента, устранения поведения, препятствующего терапии и снижающего качество жизни, в связи с чем было необходимо преодоление выраженных нарушений поведенческого контроля. Для этого использовались навыки, полученные на тренинге, в особенности навыки осознанности, стрессоустойчивости и самоуправления, а также телефонный коучинг и кризисные звонки в случае угрожающему жизни поведению. Пациент находился на этой стадии до тех пор, пока он не обрел стабильность и контроль над собственным поведением. На второй стадии психотерапии акцент был направлен на остаточные расстройства в виде аффективных, тревожных расстройств, импульсивности, а также эмоциональных состояний, сопровождающихся чувством стыда, злости и одиночества и избегании переживания опыта в виде подавленного горевания, пустоты и скуки. Психотерапия на данной стадии продолжалась до тех пор, пока эмоциональный опыт не стал сопровождаться «субъективным страданием». Стадии 3 и 4 не связаны с острым состоянием пациента и направлены на улучшение качества жизни посредством проработки проблем, с которыми сталкивается человек и преодолением чувства неполноты.

В рамках нашей работы психотерапия пациентов с ПРЛ показала свою эффективность, так при сочетании с фармакотерапией по прошествии года индивидуальной психотерапии и тренинга навыков у 63% пациентов отсутствовало проблемное поведение на протяжении последних 3 месяцев наблюдения за своим состоянием на основании специализированных дневников контроля. Также у 21% пациентов проблемное поведение значимо снизилось в сравнении с группой пациентов, не применяющих фармакотерапию и психотерапию ДБТ. Субъективное удовлетворение собственной жизнью улучшилось по прошествии года терапии более чем у 70% испытуемых.

Психотерапия являлась важным компонентом в комплексном лечении ПРЛ, показавшим свою эффективность в сочетании с фармакотерапией, что соответствует данным литературы. Наиболее важным для пациентов с ПРЛ с проблемным поведением является структурированная организация терапевтической деятельности, включая тренинг-навыки (групповая терапия) и индивидуальную терапию.

Эффективность проведенной терапии у пациентов клинической группы оценивалась при помощи психометрических методик, исследование проводилось дважды: в начале купирующего этапа лечения (3–4 сутки лечения) и в середине стабилизирующего этапа лечения (90–120 сутки лечения) в рамках амбулаторной диагностики (Рисунок 6.2.). У пациентов оценивался уровень импульсивности по шкале Баррата (BIS-11) и эмоциональные нарушения по шкале алекстимии, уровень депрессивного аффекта и тревоги при помощи шкал Гамильтона (HDRS и HARS). Результативность терапии зафиксирована у всех пациентов ПРЛ юношеского возраста, наибольшая эффективность обнаружена у I типа ПРЛ с явлениями «аффективного шторма». Пациенты сообщали о снижении импульсивности, что подтверждалось положительной динамикой в виде уменьшения медианы баллов по шкале Баррата (BIS-11) на 17%, улучшения фона настроения 13 ± 2 по шкале Гамильтона HDRS, редукцией тревоги $9 \pm 3,3$ балла по шкале HARS, относительным восстановлением эмоциональной регуляции, подтверждаемое снижением медианы баллов на 10% по шкале TAS. Для II типа

ПРЛ в юности на фоне комбинированной терапии отмечалось снижение импульсивности со снижением на 8% показателей шкалы Баррата, выявлялось улучшение фона настроения до субдепрессивного уровня $14 \pm 2,2$ балла по шкале HDRS и снижение тревоги $16 \pm 1,5$ при неизменном уровне эмоциональных расстройств по типу алекситимии. У III типа ПРЛ на фоне терапии отмечалось улучшение эмоциональной регуляции в виде снижения уровня алекситимии на 11% по шкале TAS.

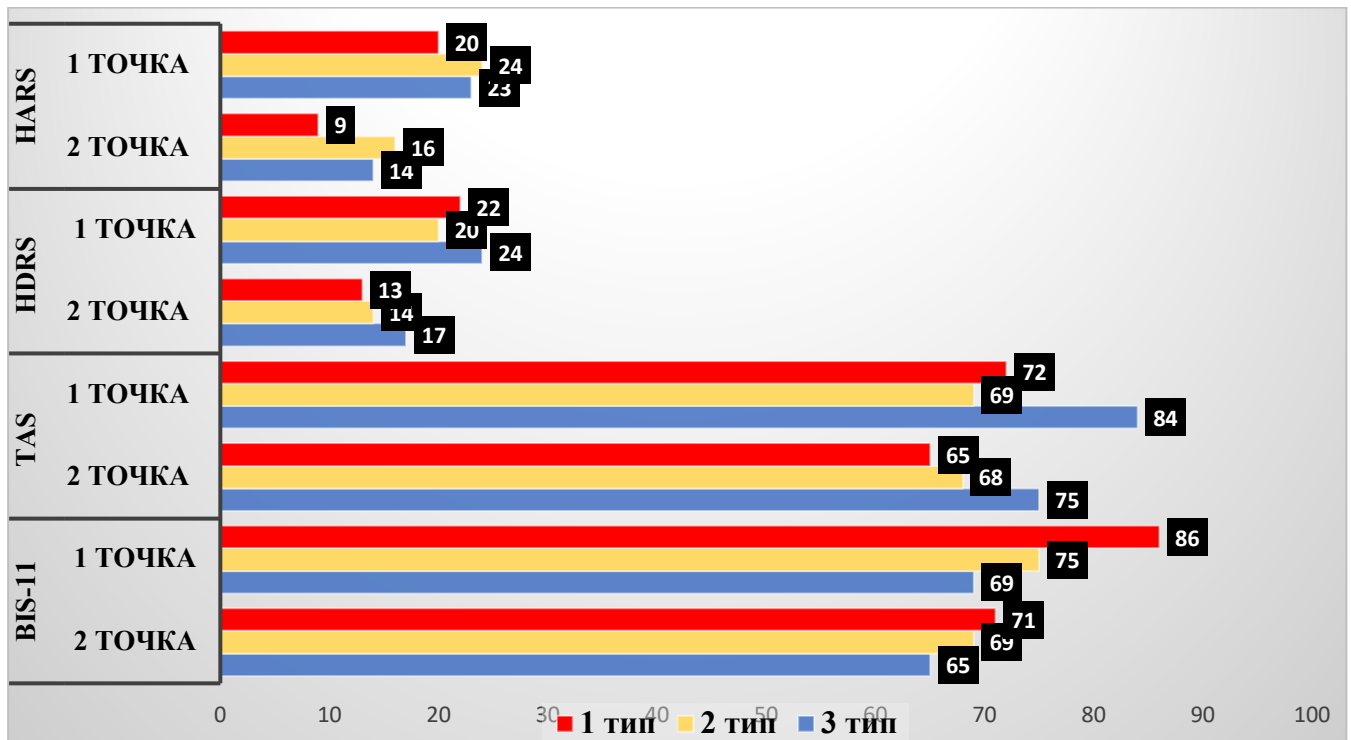


Рисунок 6.2 — Психометрическая оценка эффективности лечения ПРЛ

Примечание: HARS — шкала оценки тревоги Гамильтона, HDRS — шкала оценки депрессии Гамильтона, TAS — Торонтская алекситимическая шкала. BIS-11 — шкала импульсивности Баррата.

Однако основным признаком результативности лечения было уменьшение поведенческих расстройств, исчезновение антивитальной активности и редукция самоповреждающего поведения, формирование критики к имеющимся поведенческим расстройствам и аддиктивному поведению, формирование приверженности к дальнейшему приему поддерживающей терапии и психотерапии.

Таким образом, терапия ПРЛ в юношеском возрасте представлена комбинированным, сочетанным подходом в купировании психопатологических расстройств. Психофармакологические подходы были направлены на нейробиологические и патогенетические причины возникновения вышеописанных симптомов и использовались преимущественно на купирующем этапе терапии. Использование психотерапевтических методик способствовало уменьшению симптомов ПРЛ, появлению к ним критичного отношения, влияло на улучшение социальной и трудовой адаптации, формирование комплаенса и приверженности пациентов с ПРЛ к дальнейшей стабилизации и лечению коморбидных расстройств. Успешные комбинированные психотерапевтические и психофармакологические подходы к лечению ПРЛ способствовали установлению длительных ремиссий и улучшению качества жизни пациентов с ПРЛ в юности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юношеском возрасте является высокоактуальной проблемой в связи с широкой распространенностью ПРЛ, значительным полиморфизмом клинической картины, высоким риском совершения аутоагрессивных поступков и суицидальной активностью [Kaess M., 2014; Guilé J. M., Voissel L., 2018]. ПРЛ серьезно ухудшает качество жизни пациентов, приводит к стойким нарушениям социальной и трудовой адаптации, что дополнительно обуславливает значимость его изучения. Неоднородность психопатологической структуры ПРЛ, с учетом патопластического влияния юношеского возраста с многообразием клинических характеристик, способствовала возникновению различных вариантов динамики ПРЛ в данном возрастном периоде и обуславливала неравномерную встречаемость коморбидных расстройств [Zimmerman M., Morgan T. A., 2013]. Несмотря на многочисленные исследования, дифференциальная диагностика ПРЛ остается затруднительной в связи с близостью психопатологической структуры, с одной стороны, к большой аффективной патологии, с другой — к шизофреническому спектру.

После завершения юношеского возраста дальнейшая динамика и прогноз ПРЛ недостаточно исследованы, что позволяет предположить диагностическую нестабильность и возможную нозологическую траекторию к диагнозам аффективного и эндогенно процессуального спектра расстройств по достижению взрослого возраста [Videler A. C, Hutsebaut J. et al., 2019]. Отсутствие системных подходов к изучению ПРЛ с фрагментарностью представлений о его психопатологических особенностях в виду патопластического и патогенетического влияния юношеского возраста, способствует возникновению ошибочных концепций и низкоэффективных терапевтических тактик и стратегий.

Таким образом, неоднородность психопатологической структуры ПРЛ с отсутствием актуального типологического распределения, с неразработанностью представлений о дальнейшем течении, а также отсутствием структурированных терапевтических рекомендаций приводит к необходимости проведения

мультидисциплинарного исследования пограничного расстройства личности в юношеском возрасте.

Настоящее исследование выполнено в отделе юношеской психиатрии (рук. — д. м. н., профессор. В. Г. Каледа) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор — проф. Т. П. Ключник) в период с 2019 по 2022 гг. В настоящем исследовании было изучено 143 больных (92 [57%] мужчины и 51 [43%] женщины), состояние которых в юношеском возрасте соответствовало критериям пограничного расстройства личности. Указанные больные составили две группы — клиническую (73 больных) и катамнестическую (70 больных), которые по социально-демографическим характеристикам и возрасту на момент начала заболевания не имели статистически значимых различий ($p > 0,05$), что позволило экстраполировать сведения, полученные при анализе катамнестического материала, на всех включенных в исследование больных.

Пациенты клинической группы (73 человека) — 59% (49) мужчины и 41% (24) женщины — проходили амбулаторное и стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период 2019–2022 гг., координировали клиническое обследование с целью выявления психопатологических особенностей ПРЛ и разработки типологии. Катамнестическую группу составили 70 пациентов — 61% (43) мужчины и 39% (27) женщины, — состояние которых во время прохождения амбулаторного и стационарного лечения в клинике ФГБНУ НЦПЗ с 2006 по 2010 год соответствовало критериям пограничного расстройства личности. К моменту проведения исследования продолжительность катамнеза составила $12 \pm 2,5$ года, а средний возраст 36 ± 10 лет.

В результате проведенного исследования было выявлено, что явления аффективной нестабильности в совокупности со снижением контроля над импульсами и нарушениями самоидентификации занимали одно из центральных положений в клинической картине ПРЛ в юности. Данные состояния приобретали полиморфный характер под влиянием психотравмирующих триггеров и возрастного фактора с формированием единого континуума психопатологических расстройств, с поведенческими нарушениями и антивитальной активностью.

В изученной группе больных поведенческие расстройства характеризовались оппозиционными и протестными поступками, сопровождались конфликтностью, отрицанием общепризнанных авторитетов и этических норм, наблюдалась расторможенность влечений с беспорядочной сексуальной активностью, формированием игровых и интернет-зависимостей, злоупотреблением ПАВ и алкоголем. У исследованных пациентов обнаруживалась неоднородность психопатологических комплексов. У части больных (31 пациент – 42,47%) формировалась тенденция к образованию аффективных фаз с биполярной амплитудой. В другой группе исследованных пациентов (25 пациент – 35,62%) отмечалось преобладание когнитивных искажений и расстройств самоидентификации, которые в совокупности создавали благоприятную почву для возникновения сверхценных образований как с преобладанием аффективного компонента, так и с доминированием расстройств влечений, что приводило к формированию особого «жизненного стиля». Для этих пациентов был характерен выбор профессии, связанный с высоким риском для жизни, предпочтением экстремальных условий трудовой деятельности с постоянным ощущением психического и физического напряжения. Стремление к риску также выражалось в участии в азартной и нелегальной деятельности с последующим совершением криминальных поступков и привлечением к уголовной ответственности, что становилось значительным негативным социальным фактором, дополнительно влияющим на усиление явлений дезадаптации. Дисморфофобические и ипохондрические сверхценные идеи реже встречались в структуре аффективных состояний при ПРЛ, отражались в формировании «культы тела», направленного на укрепление мышечной мускулатуры, с регулярным и иногда чрезмерным посещением тренажерных залов с целью достижения физического превосходства с субъективно приятными ощущениями собственной ловкости и подвижности, нередко сочетающиеся с расстройством пищевого поведения, которые со временем включались в структуру аддикций.

Когнитивно-перцептивные расстройства, которые были широко представлены в структуре психопатологических расстройств при ПРЛ,

обнаруживали четкую связь с экзогенной и психогенной провокацией, сопровождались нарушениями самоидентификации и диссоциативной симптоматикой. В ряде случаев на высоте болезненного состояния возникало кратковременное ощущение потери контроля над своими мыслями и поступками, сопровождающиеся перцептивными расстройствами в виде элементарных обманов восприятия. Диссоциативная симптоматика возникала при наличии уже существующих расстройств самоидентификации и значительно их усиливала. Пациенты характеризовали эти явления как чувство оторванности собственной личности от реальности, сообщали о полной или частичной потере возможности в полной мере воспринимать собственные эмоции и способности распознавать их у других людей. Когнитивные искажения и тревожно-депрессивный аффект обуславливали высокую частоту коморбидности с обсессивно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами. Обсессивно-фобические феномены были тесно связаны с реальными жизненными событиями и пессимистическими установками больных с возникновением навязчивой рефлексии и руминаций. Пациенты отмечали сомнения в правильности своих поступков, испытывали потребность в перепроверке уже достигнутых результатов. Субъективно неприятные воспоминания прошлого также становились частью руминативного самоанализа, при этом сохраняя чуждый для больного навязчивый характер переживаний. Нередко отмечалась коморбидность с другими состояниями невротического регистра, которые были представлены паническими атаками со страхом смерти, агора- и клаустрофобией, а также контрастными обсессиями политематического содержания. После завершения юношеского возраста для катамнестической динамики ПРЛ было свойственно постепенное уменьшение интенсивности основных психопатологических синдромов в виде импульсивности, аффективной нестабильности и в меньшей степени снижением выраженности нарушений самоидентификации, сопровождающиеся ослаблением поведенческих расстройств с постепенной редукцией аутоагрессивного поведения.

На основании анализа клинической картины и обнаруженных закономерностей были выделены три типологические разновидности: с явлениями

«аффективного шторма» (I тип); с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адренолиномании» (II тип); с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации (III тип). Для каждой выделенной разновидности ПРЛ в юности были обнаружены характерные особенности клиники аффективных и поведенческих расстройств, определены психопатологические признаки, влияющие на их дальнейшую динамику, с учетом роли аутоагрессивного поведения и высокого уровня суицидальности.

У пациентов с явлениями «аффективного шторма» (I тип) (клиническая группа 59,6% — 28 человек; катамнестическая 40,4% — 19 человек) было характерно преобладание полиморфной картины аффективных расстройств. Структура депрессивных состояний была представлена тревожно-дисфорическим аффектом близким к *unlust*, а также явлениями негативной аффективности с ощущением эмоциональной «опустошенности». Гипоманиакальные и смешанные фазы были неоднородны, отмечалась многократная смена аффективной составляющей, что приводило к развитию феномена «аффективного шторма» [Kernberg O. F., 2003]. Быстрая смена фаз сопровождалась поведенческими расстройствами с переоценкой собственных возможностей, утратой критики и нанесением самоповреждений. Интенсивность аффекта способствовала формированию сверхценных идей, преимущественно экзистенциальной, дисморфофобической, ипохондрической направленности. Сверхценные идеи экзистенциального содержания в совокупности с расстройствами самоидентификации приводили к утрате способности испытывать положительные эмоции, влияли на мировоззрение больных, обуславливали пессимистическую оценку будущего и собственной жизни. После завершения юношеского возраста аффективные расстройства становились менее выраженными, но при этом сохраняли свою доминирующую позицию. В динамике данного типа ПРЛ обнаруживалось усиление влияния коморбидной аффективной патологии. У части больных обнаруживаемые в юношеском возрасте биполярные фазы становились менее выраженными, постепенно теряли свою амплитуду, что соотносилось с проводимым ранее катамнестическим исследованием динамики дизритмических

континуальных биполярных аффективных расстройств при ПРЛ [Зяблов В. А., 2020] и обеспечивало более благоприятную динамику данной разновидности ПРЛ во взрослом возрасте. У другой части пациентов фазы биполярной структуры становились более отчетливыми, характеризовались аутохтонностью при сохранении значимости психотравмирующего фактора. При этом ассоциированные с аффектом сверхценные интересы и устремления теряли с возрастом свою интенсивность и полиморфизм, встраивались в структуру мировоззрения пациентов с формированием устойчивых религиозных и философских жизненных позиций. В структуре нарушений влечения преобладала аффективная составляющая и нарушение импульс-контроля, однако при данном типе не отмечалось стойких аддиктивных расстройств.

В результате оценки антивитальной активности было выявлено преобладание несуицидальных самоповреждений (НССП) (17 пациентов — 68%) преимущественно импульсивного и демонстративного характера. Суицидальная активность включала в себя появление суицидальных размышлений и намерений с последующим образованием сочетанного механизма самоповреждающего поведения, включающего в себя как НССП, так и СП (6 пациентов — 24%). Суицидальные попытки являлись продолжением несуицидальных самоповреждений и во всех наблюдаемых случаях были импульсивными. У некоторых больных отмечалось возникновение изолированных суицидальных попыток (2 пациента — 8%), которым предшествовала суицидальная активность без возникновения НССП. В структуре СП преобладал импульсивный и в меньшей степени деперсонализационный механизм возникновения, который был взаимосвязан с видом аффекта. Обнаруживалась тенденция к мгновенной реализации суицидальной активности при возникновении незначительной психотравмирующей ситуации. После завершения юношеского возраста у части пациентов отмечалась редукция несуицидальных самоповреждений и уменьшение суицидальной активности. При этом в группе пациентов, где дальнейшая динамика определялась биполярными аффективными расстройствами, на высоте

депрессивных фаз отмечалась актуализация несуицидальных самоповреждений и суицидальной активности, в том числе с летальным исходом — 2,9% случаев.

При ПРЛ с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» (II тип) (клиническая группа 37,2% — 16 человек; катамнестическая группа 62,8% — 27 человек) нарушения влечения занимали одну из ключевых позиций и были представлены поведенческими и химическими аддикциями, высокая степень выраженности которых, приводила к социальной изоляции и выраженной учебной дезадаптации. Структура таких состояний характеризовалась преобладанием тимического компонента с явлениями гневливой абстиненции над идеаторной фиксацией на объекте зависимости. Постоянное аффективное напряжение придавало аддикциям сверхценную направленность, которое клинически проявлялось в патологическом стремлении к риску и формировало явления адреналиномании [Короленко Т. П., Овчинников О. А. и др., 2019]. Чувство азарта с потребностью снять «напряжение», приводило к потере контроля и критики, что приводило к актуализации поведенческих расстройств. Другая группа пациентов (65%) выбирала экстремальные увлечения: опасный спорт, участие в каскадерских трюках с нарушением техники безопасности при управлении транспортными средствами. Для части больных с явлениями аддиктивной адреналиномании (45%) было свойственно проявлять общественную и политическую активность. Такие пациенты вступали в различные неформальные и радикальные объединения и организации, становились приверженцами различных субкультур. Однако пациенты не имели четко сформированных позиций и представлений о собственной деятельности, были ориентированы на «поиск драйва», чем на смысловое содержание и реализацию убеждений. Сверхценные идеи ипохондрического и дисморфофобического содержания часто обнаруживали взаимосвязь с телесными сенсациями, что вместе составляло феномен соматотонии [Смулевич А. Б., 2012], который занимал промежуточную позицию между ипохондрическими и дисморфофобическими расстройствами и в большинстве случаев встраивался в образ жизни пациентов с ПРЛ, становясь частью

поведенческих аддикций. Пациенты были фиксированы на достижении ожидаемых результатов в укреплении мышечной мускулатуры с получением возможности совершать различные сложные упражнения и трюки, что сопровождалось субъективно приятными ощущениями в конечностях. Спортивные аддикции нередко включались в комплекс адреналиномании, что усиливало влечение к опасным видам спорта и травмоопасной профессиональной деятельности. У значительной части пациентов со сверхценными аддикциями наблюдалось злоупотребление ПАВ, которое вызывало ряд негативных эффектов, таких как появление психологической и физической зависимости. Систематический прием ПАВ приводил к высокой частоте развития интоксикаций, повышал смертность от передозировки ПАВ и несчастных случаев.

В динамике данного типа ПРЛ после завершения юношеского возраста была характерна общая тенденция к уменьшению интенсивности основных психопатологических синдромов с сохранением влияния импульсивности и нарушений самоидентификации на динамику расстройств влечения, при этом психопатологические синдромы и коморбидные психопатологические расстройства продолжали отчетливо амальгамироваться с аддиктивными поведенческими паттернами. Аффективная нестабильность сохраняла свою взаимосвязь с психотравмирующими и экзогенными факторами с присоединением в дальнейшей динамике коморбидных циклотимических расстройств, интенсивность которых была взаимосвязана с употреблением ПАВ. В структуре полиаддиктивного поведения у больных сохранялось влечение к экстремальной деятельности с непостоянством в сексуальных отношениях, формирующие феномен адреналиномании. В то же время сохранялось выраженное влечение к ПАВ и алкоголю, где длительное негативное влияние психоактивных веществ на головной мозг являлось причиной возникновения энцефалопатии и органических изменений личности [Никифоров И. А. и др., 2015], что впоследствии приводило к усилению импульсивности и углублению нарушений самоидентификации. Пациенты нередко обращались за помощью к наркологам, проходили лечение в реабилитационных центрах. В случае неблагоприятной динамики

полиаддиктивные расстройства способствовали возникновению патологии внутренних органов, присоединению хронических инфекционных заболеваний (носительство гепатита С) и являлись отягощающим фактором, приведшим к летальным исходам в 1,4% случаев.

Аутоагрессивные поступки при данном типе ПРЛ были представлены в основном несуицидальными самоповреждениями (8 пациентов — 89%) и несуицидальными самоповреждениями с суицидальными попытками (1 пациент — 11%). Аутоагрессивные поступки характеризовались аддиктивными, демонстративными и импульсивными самоповреждениями, при этом было характерно отсутствие изолированной суицидальной активности. После завершения юношеского возраста в случае благоприятной динамики аутоагрессивное поведение становилось менее выраженным, обнаруживалась редукция инструментальных самоповреждений с постепенной трансформации их в социально приемлемые формы или гетероагрессивное поведение. В случае неблагоприятной динамики данной разновидности ПРЛ отмечалась актуализация аутоагрессивного поведения, которое на высоте опьянения приобретало brutальный характер с сочетанием несуицидальных самоповреждений, и суицидальных попыток.

Особенностью ПРЛ с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации (III тип) (клиническая группа 54,7% — 29 человек; катамнестическая группа 45,3% — 24 человека) являлось преобладание нарушений самоидентификации с диссоциативными и обсессивно-компульсивными расстройствами. В основе данных состояний находились когнитивные искажения в виде дихотомического «черного-белого» мышления, ранее описанного авторами [Kernberg O. F., 1975; Linehan M. M., 1987; Napolitano L. A., McKey D., 2007], которые усугубляли явления эмоциональной сенситивности с дефицитом контроля над импульсами, что обуславливало нестабильность аффективной сферы и образовывало обратную связь с нарушениями самоидентификации. В клинической картине преобладала повышенная рефлексия с навязчивым самоанализом текущих и прошлых событий,

которые на высоте сниженного фона настроения приобретала характер руминаций. В ряде случаев выраженность симптомов достигала степени «помешательства сомнений» [Legrand du Saulle, 1875]. Однако, в отличие от больных с ОКР, у пациентов с ПРЛ отмечались образные контрастные представления в сочетании с идеями малоценности и деперсонализационными расстройствами, носящими сверхценный характер. Часто отмечалось формирование стойкого дисморфофобического комплекса, который отличался полиморфностью и политематичностью своей структуры. У части больных дисморфофобический комплекс проявлялся в расстройствах гендерной идентичности и находил свою реализацию в сверхценном стремлении к изменению своего внешнего облика, несанкционированном приеме гормональных препаратов, для придания своему телу феминных или маскулинных черт. Но в отличие от пациентов других нозологических категорий, отсутствовало стремление к хирургической коррекции половых признаков, а идеи гендерной идентичности нередко использовались как приспособительный и манипулятивный механизм в социально-межличностных отношениях [Seikowski K., 2007., Singh D. et al., 2011].

Обсессивно-компульсивные феномены в большинстве случаев встраивались в нарушения самоидентификации и воспринимались пациентами с ПРЛ эгосинтонно, реализовывались в основном в личных и социальных отношениях с формированием созависимости. Структура таких отношений характеризовалась фиксированностью на объекте привязанности и сопровождалась высоким уровнем тревоги и контролирующего поведения с постепенным формированием явлений патологической привязанности и «оборонительной диссоциации» [Stern D., 1998; Bateman M. A., Fonagy F. B. A., 2003]. Неэффективность навыков и механизмов адаптации приводила к накоплению негативных эмоций, что в свою очередь дополнительно усиливало явления эмоциональной сенситивности и аффективной нестабильности, актуализировало импульсивно-компульсивные поступки. Поведенческие расстройства приводили к разрушительным последствиями для имущества и личных вещей больных, сопровождалась вербальной и иногда физической агрессией по отношению к родственникам и окружающим. Нередко

когнитивная диссоциация сочеталась с расстройствами влечения с формированием особого аддиктивно-компульсивного варианта развития нехимических и поведенческих аддикций. Преобладание obsessions определяло значительную их выраженность и нередко в сочетании с эпизодическим употреблением ПАВ формировало «порочный аддиктивный круг». Неэффективность контроля над аддиктивно-компульсивным поведением приводило к накоплению и усилению внутреннего напряжения, которое на высоте состояния становилось для больных невыносимым и нередко приводило к актуализации аутоагрессивного поведения и обращению за специализированной помощью.

Одной из особенностей данного типа при динамике ПРЛ юношеского возраста было наличие когнитивно-перцептивных расстройств, которые возникали в ответ на значимые для больных психотравмирующие ситуации и провоцировались приемом ПАВ. Данные состояния наблюдались в клинической картине в виде элементарных иллюзорных расстройств и обманов восприятия, не достигающие по своей выраженности галлюцинаторного и бредового уровня, могли быть квалифицированы в рамках аттенуированного психотического синдрома [Омельченко М. А., Румянцев А. О., Каледа В. Г., 2018]. Диссоциативная симптоматика включала в себя деперсонализационный синдром, который описывался пациентами как чувство отчужденности с утратой возможности испытывать положительные эмоции. Не менее редкими в психопатологической картине состояния были явления аллопсихической деперсонализации с ощущением изменения восприятия окружающего мира, с утратой чувства вовлеченности в окружающие события. Подобные когнитивные искажения с перцептивными расстройствами и явлениями ауто- и аллопсихической деперсонализации на фоне депрессивного аффекта приводили к актуализации антивитаальных размышлений и аутоагрессивных поступков.

После завершения юношеского возраста данная разновидность ПРЛ сохраняла свой клинический полиморфизм, обусловленный наличием всех психопатологических составляющих: импульсивности, аффективной нестабильности, но прежде всего доминированием самоидентификации и

диссоциативной симптоматики. Данные расстройства сохраняли свое влияние на протяжении всего времени катamnестического наблюдения, однако подчинялись общим закономерностям уменьшения интенсивности психопатологических синдромов после завершения юношеского возраста. В структуре аффективных расстройств преобладали затяжные депрессивные состояния с деперсонализационной симптоматикой, наличием аттенуированных психотических симптомов и диссоциативных расстройств, которые существовали в совокупности с тревожными, обсессивно-фобическими и компульсивными коморбидными расстройствами. Наблюдаемые в психопатологической структуре дисморфофобические состояния после завершения юношеского возраста становились менее отчетливыми, обнаруживалось постепенное их замещение ипохондрическими расстройствами с формированием ипохондрического развития личности.

При данной разновидности ПРЛ в юности обнаруживались следующие варианты антивитальной активности: изолированные СП (4 пациента — 14,8%) и СП, сопряженные с НССП (9 пациентов — 33,3%), которые были представлены в основном импульсивными и деперсонализационными самоповреждениями, так и НССП вне суицидальной активности (14 пациента — 51,9%). Основными предрасполагающими факторами для возникновения антивитальной активности были когнитивные искажения по типу дихотомического мышления и обсессивного невроза [Aaronson C. J., Bender D. S. et al., 2006] с наличием более упрощенного аффекта, с преобладанием негативной аффективности в структуре депрессивных состояний и явлений алекситимии. Данные психопатологические особенности обуславливали рациональный подход в возникновении суицидальной активности у таких больных, а также мотив и механизм самоповреждающего поведения. Суицидальные попытки при данном типе могли существовать изолированно от НССП и были направлены на достижение желаемого для больного летального исхода с целью «остановить собственные страдания».

По данным катamnестического наблюдения, по минованию юношеского возраста в динамике данной разновидности аутоагрессивное поведение было более

продолжительным, сохранялось преобладание деперсонализационного механизма возникновения несуицидальных самоповреждений, что способствовало их повторению и закреплению как поведенческий паттерн во взрослом возрасте. Суицидальная активность также обнаруживала склонность к рецидивированию и персистированию во взрослом возрасте. Было обнаружено, что 7,1% пациентов на протяжении катamnестического наблюдения предпринимали суицидальные попытки, которые не привели к гибели.

В процессе проведенного исследования проводилось изучение и анализ предикторов, влияющих на формирование пограничного расстройства личности, таких как наследственная отягощенность, особенности дизонтогенеза, экзогенные и психотравмирующие провокации, которые являются значимыми факторами в определении дальнейшей динамики и прогноза. Были выявлены следующие корреляции между типологическими разновидностями ПРЛ и предикторами, приводящими к его возникновению ($p_1 \geq 0,001$, $p_2 \geq 20,030$, $p_3 \geq 0,0069$).

У пациентов с преобладанием эмоциональных расстройств по типу «аффективного шторма» были наиболее характерны явления аффективной нестабильности (95,7%) и синдрома СДВГ (65,2%). Сочетание этих патологических факторов влияло на достаточно высокую встречаемость поведенческих расстройств при данной разновидности (67,4%). Симптомы СДВГ были преобладающими (90,7%) при II типе ПРЛ, что в сочетании с психотравмирующими ситуациями (83,7%) становилось определяющим в возникновении выраженных поведенческих расстройств у пациентов данной разновидности (95,3%). У пациентов III типа в меньшей степени наблюдались явления аффективной нестабильности (42,6%) и симптомы СДВГ (35,2%), но в большей степени отмечалось влияние психотравмирующих ситуаций (88,9%) с преобладанием тревожных расстройств (59,3%). Сочетание данных патологических эпизодов отчасти обуславливало полиморфность клинической картины, определяемая у пациентов этой разновидности с детского возраста.

При оценке социального статуса у пациентов катamnестической группы была дополнительно использована шкала PSP. Наиболее высокий уровень социального

функционирования на момент катamnестического исследования был отмечен для I типа (61–90 баллов PSP), где со временем отмечалось успешное формирование социальной адаптации, учебных и профессиональных навыков. Меньший уровень социально-трудоого функционирования обнаруживался у II типа и III типа (41–80 баллов PSP).

На этапе катamnестического исследования была выявлена вариативность при оценке долгосрочной динамики ПРЛ, которая определялась различной степенью выраженности психопатологических синдромов, различным уровнем социального функционирования. В соответствии с критериями исходов и благоприятности динамики психопатологических расстройств, использованными в исследованиях отдела юношеской психиатрии НЦПЗ [Каледа В. Г., 2008; Омельченко М. А., 2011; Попович У. О., 2015; Румянцев А. О., 2018; Зяблов В. А., 2020], было выделено 4 варианта исхода ПРЛ.

Благоприятный исход (5,71% — 4 человека) (81–90 баллов PSP) у пациентов характеризовался высоким уровнем социальной адаптации, отражающей установление гармоничных семейных и рабочих отношений. Возникновение декомпенсаций могло происходить только при значительных психотравмирующих ситуациях, с быстрым возвращением к исходному состоянию при их разрешении.

Для относительно благоприятного исхода ПРЛ (21,43% — 15 человек) (71–80 баллов PSP) было свойственно наличие психопатологических расстройств, интенсивность которых увеличивалась на фоне психотравмирующих ситуаций и динамики коморбидных расстройств. Состояния декомпенсации у данных пациентов в основном затрагивали сферу межличностных отношений, не отличались тотальностью и не приводили к выраженным нарушениям социально-трудоогой адаптации. У таких пациентов отмечалась большая комплаентность и критичность в оценках своего состояния, что положительно сказывалось на терапии и укреплении компенсаторных механизмов.

Для относительно неблагоприятного (51–70 баллов PSP — 41 человек) и неблагоприятного варианта динамики ПРЛ (1–50 баллов PSP — 10 человек) обнаруживалось изначально более выраженная и интенсивная

психопатологическая картина с большей уязвимостью к возникновением декомпенсаций, которые значительно влияли на социально-трудовую адаптацию и семейный статус. У данных пациентов отмечалось отсутствие полноценной критики и недоверие к проводимому лечению, что являлось одной из причиной возникновения тяжелых декомпенсаций, которые приводили к повторным обращениям за психиатрической помощью.

В клинической и катамнестической группах больных на этапах юношеской и отдаленной постпубертатной динамики обнаружены следующие негативные исходы: 2 больных осуждены или находятся под следствием в связи с преступлениями уголовного характера, 12 больных (8,5%) проходили длительное (более 1 года) лечение в наркологических клиниках и реабилитационных центрах закрытого типа, 3 больных погибли — 2 больных в результате завершеного суицида, и 1 пациент погиб от сопутствующих факторов (HIV +), осложненных присоединением вторичных инфекционных заболеваний.

Нозологическая оценка проводилась в соответствии с критериями МКБ-10. Все первично обследованные пациенты соответствовали диагнозу «эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип F60.31». На основании результатов катамнестического этапа исследования проводилась дальнейшая верификация диагнозов, выставленных при первичном обращении. На момент катамнестического исследования в результате нозологической оценки по МКБ-10 были обнаружены следующие диагностические траектории. Шизофренический спектр расстройств (F20.x–25.x — 5,71%), шизотипическое расстройство (F21.x — 14,29%); биполярное аффективное расстройство (F31.x — 12,86%). Диагноз «эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» — F60.31 сохранился в 65,17% случаев.

В динамике разновидности ПРЛ с явлениями «аффективного шторма» была свойственна коморбидность с биполярными аффективными расстройствами с тенденцией двух вариантов дальнейшей траектории: с доминированием личностных реакций в рамках ПРЛ — 61,36%; в сторону эндогенизации с формированием БАР и стабилизацией патологических личностных проявлений —

36,64% наблюдений. Для данной разновидности отмечалось отсутствие признаков эндогенных процессуальных расстройств, соответствующих критериям шизофрении и шизотипического расстройства. F20.x–29.x и F21.x.

На момент катамнеза диагностические критерии сохраняли 80% пациентов с ПРЛ в юности, все пациенты I типа, 70,37% пациентов II типа и 75% III типа. Для II и III разновидности ПРЛ было характерно расширение диагностических категорий, с формированием БАР: II тип — 7,41%, III тип — 8,33%; — с наличием нозологических траекторий к диагнозам эндогенно-процессуального спектра: шизофрении — II тип — 11,11%, III тип — 4,17% — и шизотипического расстройства — II тип — 18,52%, III тип — 20,83%.

Согласно полученным данным нейропсихологического профиля (совместно с клиническим психологом, младшим научным сотрудником отдела юношеской психиатрии Ю. С. Фатеевым) и психометрического исследования, можно сделать вывод о наличии особенностей нейрокогнитивного функционирования у пациентов с ПРЛ. Было обнаружено, что у пациентов I типа отмечается дисфункция вентромедиального отдела головного мозга, что связано с трудностями в торможении эмоциональных переживаний, влияющих на когнитивные функции. У пациентов II типа наблюдается умеренное снижение функций планирования и некоторое влияние эмоциональных процессов на когнитивное функционирование. Пациенты III типа демонстрируют снижение функций планирования и регуляции, когнитивной гибкости и способности к обучению, что говорит о дисфункции префронтальных отделов головного мозга.

Дополнительное использование психометрических данных позволило подтвердить правомочность выделенных типологических разновидностей ПРЛ в результате психопатологической оценки. Поведенческие и эмоциональные расстройства оценивались при помощи шкалы импульсивности Баррата (BIS-11) и Торонтской шкалы алекситимии (TAS). Наибольшей импульсивностью по шкале Баррата по сравнению с другими разновидностями ПРЛ обладала разновидность с явлениями «аффективного шторма» (I тип), где также ведущим определялся импульсивный тип НССП. Достаточно высокие показатели импульсивности

обнаружены и у II разновидности, что отчасти обуславливает быстрое формирование нарушений влечения и установление синдрома «адреналиномании». Согласно результатам шкалы TAS, эмоциональные нарушения в виде алекситимии были одинаково высокими при I и II разновидности. Для разновидности с преобладанием когнитивной диссоциации (III тип) отмечались высокие показатели явлений алекситимии, что согласуется с выраженностью нарушений самоидентификации у пациентов этого типа.

В рамках проведенного ЭЭГ исследования выявлены следующие закономерности. Были обнаружены высокие значения абсолютной спектральной мощности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях при I типе (с явлениями «аффективного шторма»), что отражает повышенную активацию диэнцефальных структур ствола мозга, принимающих участие в регуляции эмоционального состояния и энергетического обеспечения когнитивных процессов.

Определенное «функциональное разобщение» передних отделов правого и левого полушарий в виде отсутствия «высококогерентных» межполушарных связей между центральными областями коры при III типе, а также меньшая когерентность ЭЭГ в альфа-диапазоне в лобно-центрально-височных областях левого полушария согласуются с результатами нейропсихологического исследования, где было обнаружено большое число ошибок и худшие показатели обучения принятию логических решений в Висконсинском тесте сортировки карточек (WCST), отражающими дисфункцию префронтальных отделов коры, особенно левого полушария. Некоторое снижение нисходящих тормозных влияний со стороны префронтальной коры может опосредовать и более низкие значения спектральной мощности теменно-затылочного альфа-ритма при III типе, а левосторонняя локализация фокуса его спектральной мощности свидетельствует об относительно меньшей активации задних (зрительно-вербальных) отделов коры левого полушария, что также может оказывать негативное влияние на когнитивное функционирование пациентов III типа.

В процессе проведенного исследования были разработаны подходы к комплексной терапии и разработке индивидуальной тактики для каждой

разновидности ПРЛ в юности. Наиболее эффективным методом лечения и коррекции психопатологических расстройств при ПРЛ было совмещение психотерапевтических стратегий при наличии адекватной фармакологической поддержки [Guilé J. M., Boissel L., 2018; Winsper C., 2021].

Для разновидности с явлениями «аффективного шторма» (I тип) купирующий этап терапии был направлен на снижение аффективной нестабильности и импульсивности с редукцией поведенческих расстройств и аутоагрессивной активности. В связи с преобладанием в структуре данного типа ПРЛ аффективных расстройств фармакотерапевтическая стратегия проводилась согласно современным стандартам лечения расстройств личности и аффективной патологии [Мосолов С. Н. и др., 2013; Мосолов С. Н., 2016; Клин. рекомендации, 2021]. В 85% случаев купирующий этап терапии при данном типе ПРЛ сопровождался назначением стабилизаторов настроения с подбором первичных дозировок. Препаратами первой линии для купирования аффективной нестабильности и импульсивности были вальпроевая кислота [Залуцкая Н. М., 2012] и ламотриджин. В случае диагностирования коморбидных биполярных аффективных расстройств в качестве препаратов второго выбора могли использоваться соли лития и карбамазепин. Антидепрессивная терапия назначалась с учетом актуального психического статуса и в случае риска усиления поведенческих расстройств могла применяться после назначения других групп препаратов. Препаратами первого выбора были СИОЗС сбалансированного действия — сертралин и эсциталопрам. В случае выраженных антивитаальных размышлений и высоким суицидальным риском применялись антидепрессанты из группы трициклических антидепрессантов. В случае неэффективности антидепрессивной терапии производилась комбинация антидепрессантов из группы трициклических и СИОЗС, дополнительно могли назначаться препараты из группы СИОЗСн [Gartlehner G., Crotty K. et al., 2021; Casale A., Bonanni L. et al., 2021]. Терапией, направленной на коррекцию поведенческих расстройств и аугментацию антидепрессантов, являлись антипсихотики второго поколения — оланзапин и кветиапин, арипипразол. Для коррекции гневливости, враждебности,

раздражительности, импульсивного поведения пациентов с расстройствами личности применялись антипсихотики первого поколения — галоперидол, перециазин.

Купирующее лечение для II типа ПРЛ с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» заключалось в редукции поведенческих расстройств и нарушений влечения. На первых этапах лечения применялись антипсихотики первого и второго поколения (АПП и АВП) для купирования аддикций, гетероагрессивного и самоповреждающего поведения. Препаратом выбора среди АПП для быстрого купирования был раствор галоперидола, который мог применяться в сочетании с транквилизаторами бензодиазепинового ряда для усиления седативного эффекта. Дополнительно с целью купирования возбуждения ауто- и гетероагрессивного поведения назначались нейролептики второго поколения — оланзапин, кветиапин, рисперидон. Стабилизаторы настроения использовались для уменьшения влияния аддикций, редукции раздражительного и дисфорического аффекта, препаратом первого выбора для коррекции данных симптомов был карбамазепин и окскарбазепин, для коррекции аффективной нестабильности назначался ламотриджин. Препаратом второго выбора из группы стабилизаторов настроения, который показал свою эффективность в снижении импульсивности и эмоциональной лабильности, является вальпроевая кислота. В терапии пациентов II типа с доминированием расстройств влечения с явлениями «аддиктивной адреналиномании» особую эффективность в уменьшении абстинентного периода с преобладанием тревоги и ажитации показали «малые стабилизаторы настроения», воздействующие на ГАМК-ергическую систему. Эффективность габапентина и прегабалина в купировании симптомов ПРЛ подтверждена научными исследованиями [Peris L., Szerman N. et al., 2007; Duisin D., Milovanivic S., 2020; Casale A., Bonanni L. et al., 2021] и способствовала уменьшению тревоги и раздражительности, снижению выраженности влечений, благоприятно влияло на поведение пациентов. Прегабалин назначался короткими курсами с целью предотвращения возможного привыкания к препарату, в последующем

проводилась замена на габапентин. Антидепрессивная терапия для пациентов данной разновидности ПРЛ включала себя препараты из группы СИОЗС со сбалансированным и противотревожным действием. В случае неэффективности проводилась комбинация с трициклическими антидепрессантами, присоединение антидепрессантов из группы СИОЗСиН (венлафаксин, дулоксетин).

Купирующая фармакотерапия для разновидности с преобладанием когнитивной диссоциации и нарушений самоидентификации была направлена на идеаторную сферу и нарушения самоидентификации, в основе которых здесь часто имели место деперсонализационные расстройства, субпсихотические состояния и аттенуированные психотические симптомы, с уменьшением поведенческой дизрегуляции и аутоагрессивных тенденций. Препаратами выбора являлись антипсихотические препараты второго поколения — арипипразол и оланзапин, обеспечивающие мягкий антипсихотический эффект и способствующие уменьшению поведенческих расстройств. Препаратами второй линии, доказавшие свою результативность в купировании симптомов данной разновидности ПРЛ, были рисперидон, палиперидон и инъекционный галоперидол. Назначение стабилизаторов настроения проводилось в 53% случаев, препаратом выбора был ламотриджин. Наиболее часто назначаемыми препаратами были антидепрессанты различных групп. В связи с полиморфизмом клинической картины данной разновидности ПРЛ с преобладанием деперсонализационной симптоматики, высокой антивильной активностью применялись комбинации сочетающие препараты из группы СИОЗС + ТЦА и СИОЗСиН.

На стабилизирующем и поддерживающем этапе лечения проводилась корректировка дозировок ПФТ с последующим присоединением психотерапевтических подходов, направленных на регуляцию эмоциональной сферы, коррекции психопатологических расстройств. Стабилизирующий этап терапии у пациентов с ПРЛ начинался его в период стационарного лечения до 1 года после выписки из клиники с постепенным сокращением психофармакотерапии под амбулаторным наблюдением врача психиатра. На поддерживающем этапе терапии применялись преимущественно

психотерапевтические методики, направленные на предотвращение рецидива и уменьшение риска возникновения повторных декомпенсаций. Наиболее часто используемыми и имеющими доказательную базу подходами для работы с ПРЛ в юности являются схема-терапия; психотерапия, основанная на ментализации; психотерапия, сфокусированная на переносе, и диалектико-поведенческая психотерапия.

Эффективность проведенной терапии у пациентов клинической группы оценивалась при помощи психометрических методик, которые проводились в начале купирующего этапа лечения, 1 точка (3–4 сутки лечения) и в середине стабилизирующего этапа лечения (90–120 сутки лечения) в рамках амбулаторной диагностики. У пациентов оценивался уровень импульсивности по шкале Баррата (BIS-11) и эмоциональных нарушений по шкале алекситимии, уровень депрессивного аффекта и тревоги при помощи шкал Гамильтона (HDRS и HARS). Результативность терапии зафиксирована у всех пациентов ПРЛ юношеского возраста, наибольшая эффективность обнаружена у I типа ПРЛ. Пациенты сообщали о снижении импульсивности, что подтверждалось положительной динамикой в виде уменьшения медианы баллов по шкале Баррата (BIS-11) на 17%, улучшения фона настроения 13 ± 2 по шкале Гамильтона HDRS, редукцией тревоги $9 \pm 3,3$ балла по шкале HARS, относительным восстановлением эмоциональной регуляции, подтверждаемое снижением медианы баллов на 10% по шкале TAS. Для II типа ПРЛ в юности на фоне комбинированной терапии отмечалось снижение импульсивности со снижением на 8% показателей шкалы Баррата, выявлялось улучшение фона настроения до субдепрессивного уровня $14 \pm 2,2$ балла по шкале HDRS и снижение тревоги $16 \pm 1,5$ при неизменном уровне эмоциональных расстройств по типу алекситимии. У III типа ПРЛ на фоне терапии отмечалось улучшение эмоциональной регуляции в виде снижения уровня алекситимии на 11% по шкале TAS.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что динамика ПРЛ в юношеском возрасте отличается большим полиморфизмом и гетерогенностью клинических проявлений по сравнению с взрослым возрастом в

связи с патопластическим влиянием возрастного фактора, обуславливающим значительную частоту встречаемости поведенческих расстройств, самоповреждающего поведения и высокий суицидальный риск [Kaess M., 2014; Guilé J. M., Boissel L., 2018; Gunderson J. G. et al., 2018; Winsper C., 2020]. Выделенные типологические разновидности ПРЛ позволяют усовершенствовать диагностические и терапевтические подходы, определить дальнейший клинический прогноз, оценить уровень социального функционирования. Обнаруженные варианты нозологических траекторий ПРЛ после завершения юношеского возраста согласуются с теорией «мультифинальности» исходов при ПРЛ, выдвинутой С. Winsper (2015, 2019, 2021) и другими исследователями [Beauchaine T. P. et al., 2016; Hayes J., Osborn D. et al., 2017], где пациенты с ПРЛ рассматриваются в качестве группы риска манифестации аффективных и процессуальных расстройств, что обуславливает необходимость разработки соответствующей терапевтической тактики и социореабилитационных мероприятий, направленных, с одной стороны, на наиболее полную адаптацию больных с учетом психологических и биологических особенностей юношеского возраста, с другой — на снижение риска манифестации эндогенных расстройств и последующей нозологической траектории.

ВЫВОДЫ

1. Психопатологические состояния, возникающие в структуре пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юности характеризуются полиморфизмом клинической картины с неравномерной представленностью основных синдромов в виде импульсивности, аффективной нестабильности, диссоциативных состояний и когнитивно-перцептивных симптомокомплексов с поведенческими нарушениями и расторможенностью влечений, гетеро- и аутоагрессивным поведением, включающим в себя несуицидальные самоповреждения и суицидальные попытки (НССП и СП), воздействием нейробиологических и психосоциальных факторов при облигатном участии возрастных особенностей, специфических конституционально-личностных характеристик и влиянием прекурсов детского периода.

2. Учитывая обнаруженную психопатологическую гетерогенность проявлений ПРЛ в юности, было выделено три типологических разновидности: с явлениями «аффективного шторма» (I тип); с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» (II тип); с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации (III тип).

2.1. Для I типа было характерно преобладание полиморфной картины аффективных расстройств с доминированием в их структуре явлений аффективной нестабильности и нарушений контроля над импульсами. Структура депрессивных состояний была представлена тревожно-дисфорическим аффектом близким к *unlust*, а также явлениями негативной аффективности с ощущением эмоциональной «опустошенности». Гипоманиакальные и смешанные фазы были неоднородны, отмечалась многократная смена аффективной составляющей, что в совокупности с реакциями личностного контекста обуславливало возникновение на высоте состояния выраженных вспышек неконтролируемого гнева с поведенческими расстройствами и самоповреждающим поведением.

2.2. Во II типе одну из ключевых позиций занимали полиаддикции, возникающие на фоне нестабильного аффекта с явлениями гневливой абстиненции

и нарушениями самоидентификации. Постоянное аффективное напряжение придавало аддикциям сверхценную направленность, которое клинически проявлялось в патологическом стремлении к риску, приводило к актуализации поведенческих расстройств с ауто- и гетероагрессивным поведением и нарастанием социально-трудовой дезадаптации.

2.3. При III типе в психопатологической структуре доминировали когнитивные искажения и нарушения самоидентификации, сопровождающиеся формированием диссоциативных, когнитивно-перцептивных, обсессивно-компульсивных расстройств и возникновением транзиторных и аттенуированных психотических состояний. Преобладание когнитивных искажений и нарушений самоидентификации обуславливало «сплиттинг» эмоциональной сферы, сочетающей в себе, с одной стороны, явления болезненной бесчувственности и алекситимии, с другой — эмоциональную гиперчувствительность (сенситивность), что значительно ухудшало способность пациентов данной разновидности к гармоничному социальному и межличностному функционированию.

3. После завершения юношеского возраста в динамике ПРЛ отмечалась общая тенденция к постепенному уменьшению интенсивности основных психопатологических синдромов в виде импульсивности, аффективной нестабильности и в меньшей степени снижением выраженности нарушений самоидентификации, сопровождающиеся ослаблением поведенческих расстройств с постепенной редукцией аутоагрессивного поведения. В результате проведенного катamnестического исследования были обнаружены следующие закономерности для выделенных типологических разновидностей.

3.1. В динамике I типа интенсивность психопатологических расстройств в зрелом возрасте определялась влиянием коморбидной аффективной патологии с тенденцией к двум вариантам дальнейшей траектории: постепенной редукцией аффективных расстройств и доминированием личностных реакций (63,16%); в сторону эндогенизации с формированием БАР и относительной стабилизацией патологических личностных проявлений (36,84% наблюдений), отмечалось отсутствие признаков эндогенных процессуальных расстройств шизофренического

спектра. При интегративной оценке на момент катамнеза характерны наиболее благоприятные показатели социально-трудового прогноза: «благоприятный» исход — 10,53% случаев (81–90 баллов шкале PSP) и относительно благоприятный исход — 47,37% случаев (71–80 баллов шкале PSP).

3.2. После завершения юношеского возраста для части пациентов II типа была характерна тенденция к уменьшению интенсивности основных психопатологических синдромов с некоторым снижением импульсивности, нарушений самоидентификации и сокращением аддиктивного поведения, что обуславливало для этих пациентов более благоприятный исход — 18,51% случаев (71–90 баллов по шкале PSP). Для другой группы пациентов с данной разновидностью ПРЛ психопатологические синдромы и коморбидные расстройства продолжали отчетливо амальгамировать с аддиктивными поведенческими паттернами, что значительно ухудшало социально-трудовой прогноз и обуславливало преобладание «относительно неблагоприятного» (51–70 баллов по шкале PSP) — 31,58% — и «неблагоприятного» исхода — 10,53% (1–50 баллов по шкале PSP).

3.3. При III типе после завершения юношеского возраста сохранялся клинический полиморфизм с преобладанием нарушений самоидентификации и когнитивных искажений, что при интегративной оценке обуславливало «относительно неблагоприятный» (59,26%) и «неблагоприятный» исход (22,22%), только у незначительной части пациентов отмечалось уменьшение интенсивности психопатологических синдромов с «относительно благоприятным» исходом (12,5%).

3.4. На момент катамнеза диагностическим критериям ПРЛ соответствовало 80% пациентов. Были выявлены следующие типологические особенности: критериям ПРЛ отвечали все пациенты I типа 70,37% пациентов II типа и 75% III типа. Для I типа в 36,84% случаев обнаруживалась коморбидность с биполярными аффективными расстройствами, где аффективные расстройства определяли клиническую картину. II и III разновидность ПРЛ отличалась значительным расширением диагностических категорий, с присоединением БАР: II тип — 7,41%,

III тип — 16,67%. Для II и III типа обнаруживалась нозологическая траектория к диагнозам эндогенно-процессуального спектра: шизофрении — II тип — 11,11%, III тип — 4,17% — и шизотипического расстройства — II тип — 18,52%, III тип — 20,83%.

4. В результате проведенного исследования были установлены следующие механизмы возникновения аутоагрессивного поведения. В юношеском возрасте преобладал импульсивный (39,3%), деперсонализационный (27,9%) демонстративный (18,0%), аддиктивный (9,8%) механизм самоповреждающего поведения. При этом в зрелом возрасте преобладающим был аддиктивный механизм (56,4%), что указывает на возрастную трансформацию аутоагрессивных расстройств. Доминирующей разновидностью антивитаальной активности в юношеском возрасте были НССП (63,9%), НССП + СП (26,2%), СП (9,8%), в катамнестической группе отмечалось увеличение НССП + СП (36,4%) и СП (14,5%) при относительном уменьшении изолированных НССП (49,5%). В особенности возросла суицидальная активность во II типе НССП + СП (52,2%) и СП (17,4%) по сравнению с клинической группой и другими разновидностями ПРЛ в катамнезе. Полученные результаты позволяют сделать вывод о роли расстройств влечения как важного предиктора суицидальной активности во взрослом возрасте.

5. Были обнаружены нейрофизиологические и нейропсихологические особенности функциональной организации деятельности головного мозга в зависимости от выделенных типологических разновидностей ПРЛ, которые обуславливали нарушения регуляции эмоций, контроля поведения и когнитивных функций.

5. Разработаны терапевтические подходы к лечению ПРЛ в юношеском возрасте включающие в себя многокомпонентную фармакотерапию и различные стратегии оказания психотерапевтической помощи, значимые для дальнейшей динамики расстройства, способствующие уменьшению / стабилизации / сглаживанию патологических личностных характеристик и формированию комплаентности.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.

Пограничное расстройство личности в юношеском возрасте оказывает неблагоприятное воздействие на качество жизни пациентов, обладает высокой частотой возникновения декомпенсаций с формированием поведенческих расстройств и аутоагрессивного поведения.

Пограничное расстройство личности утяжеляет течение коморбидных расстройств аффективного спектра, затрудняет дифференциальную диагностику. Согласно результатам проведенного исследования, следует подчеркнуть, необходимость проведения дифференциальной диагностики ПРЛ с расстройствами аффективного спектра, где для ПРЛ характерна дисгармоничная аффективная триада с акцентом на тимический компонент, реактивный механизм возникновения, обнаружение нарушений самоидентификации, поведенческих расстройств, ауто и гетероагрессивных тенденций вне аффективной фазы и после ее завершения. Наиболее часто следует проводить дифференциальную диагностику с расстройствами аффективного спектра для пациентов с разновидностью ПРЛ с явлениями «аффективного шторма», в связи с преобладанием в структуре данного типа ПРЛ высокоамплитудных аффективных колебаний. С другой стороны, полиморфизм клинической картины у части пациентов ПРЛ III и II типа, наличие когнитивных искажений и кратковременных психотических расстройств требовало проведение дифференциальной диагностики с расстройствами шизофренического спектра, в частности с шизотипическим расстройством. Для ПРЛ был характерен ситуационно обусловленный механизм с наличием экзогенных и реактивных триггеров при возникновении декомпенсаций. Отмечалась сохранность категориальных и ассоциативных функций мышления, сегментарность расстройств самоидентификации, представленная нарушением приспособительных характеристик. Психотические расстройства при ПРЛ отличались кратковременностью были всегда взаимосвязаны с экзогенной или реактивной провокацией, были представлены во основном элементарными обманами восприятия и идеями отношения не достигающие бредового регистра.

При прогностической и нозологической оценке следует учитывать преобладающие психопатологические феномены в структуре ПРЛ, особенности их дальнейшей динамики, с учетом выделенных в настоящем исследовании типологических разновидностей.

Основные подходы к терапии пациентов с Пограничным расстройством личности, основанные на психофармакологическом вмешательстве на этапе купирующей терапии и психотерапевтическом на стабилизирующем и поддерживающем этапе, которые позволяли оптимизировать оказываемую им специализированную помощь.

Результаты проведенного исследования можно использовать при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, а также медицинских психологов, нейропсихологов, специалистов по функциональной диагностике, работающих на базе психиатрических клиник и диспансеров.

Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

Список сокращений и условных обозначений

- АПП – антипсихотики первого поколения
 АВП – антипсихотики второго поколения
 БАР – Биполярное аффективное расстройство
 БДР – Большое депрессивное расстройство
 ВП – Вызванные потенциалы
 ВПФ – Высшие психические функции
 ВУЗ – Высшее учебное заведение
 ГТН – Гипофизарно надпочечниковая ось
 ДБТ – диалективно поведенческая терапия
 ЛП -Латентный период
 МКБ-10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра
 НССП – Несуицидальные самоповреждения
 НЦПЗ – Научный центр психического здоровья
 ОКР – Обсессивно компульсивное расстройство
 КПТ – Когнитивно-поведенческая терапия
 ЛС – Лекарственные средства
 ПАВ – Психоактивные вещества
 ППС – Передняя поясная кора
 ПРЛ -Пограничное расстройство личности
 ПФК – Префронтальная кора
 ПФТ - Психофармакотерапия
 РЛ – Расстройство личности
 СДВГ- Синдром дефицита внимания и гиперактивности
 СИОЗС - Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
 СИОЗСиН - Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
 СТ – Схема – терапия
 СП- Суицидальные попытки
 ТЦА – Трициклические антидепрессанты
 ЭЭГ – Электроэнцефалография
 AMPD - The Alternative Model of Personality Disorders
 BIS- Barratt Impulsiveness Scale
 DSM-5 - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
 HARS - Hamilton Anxiety Rating Scale
 HDRS - Hamilton Rating Scale for Depression
 ICD- 11- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
 IGT- Игровая задача Айова
 FDA - U.S. Food and Drug Administration
 PBQ-BPD - The Personality Beliefs Questionnaire in borderline personality disorder
 PSP - Personal and Social Performance scale
 SOPS - Scale of Prodromal Symptoms
 SCID-5 - The Structured Clinical Interview for DSM-5

TAS - Toronto Alexithymia Scale

UHR - Ultra high risk

WCST – Wisconsin Card Sorting Test

Список литературы:

1. Бебуришвили, А. А. Юношеские депрессии со сверхценными симптомокомплексами в рамках пубертарной динамики расстройства личности: дис. канд. мед. наук: Бебуришвили Анастасия Андреевна. — М., 2009. — 227 с.
2. Гадисов, Т. Г. Синдромообразование при расстройствах личности: динамика или коморбидность? / Т. Г. Гадисов, А. А. Ткаченко // Социальная и клиническая психиатрия — 2020. — Т. 30. — № 1. — С. 88–96.
3. Гадисов, Т. Г. Сопоставление категориальных и дименсиональных подходов к диагностике расстройств личности. / Т. Г. Гадисов, А. А. Ткаченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева — 2020. — № 4. — С. 15–25.
4. Гадисов, Т. Г. Вклад темперамента в структуру расстройств личности. / Т. Г. Гадисов, А. А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал — 2020. — № 6. — С. 62–72.
5. Горинов В. В. Нарушения психической саморегуляции при расстройствах личности. / В. В. Горинов, Шеховцева Е. С., Гадисов Т. Г., Ткаченко А. А. // Социальная и клиническая психиатрия — 2021. — Т. 31. — № 2. — С. 18–25.
6. Демчева, Н. К. Депрессия у несовершеннолетних с органическими психическими расстройствами / Н. К. Демчева, Э. С. Наталевич // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 4. — С. 31–35.
7. Залуцкая, Н. М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии / Н. М. Залуцкая // Современная терапия психических расстройств. — 2012. — № 2. — С. 2.
8. Зяблов, В. А. Клинико-психопатологические особенности континуального течения эндогенных аффективных расстройств в юношеском возрасте / В. А. Зяблов // Психиатрия. — 2017. — № 4. — С. 37–44.
9. Каледа, В. Г. Аутоагрессивное поведение в подростково-юношеском возрасте: клинико-психопатологические аспекты, терапевтические и

социореабилитационные стратегии / В. Г. Каледа, Е. С. Крылова // Дети. Общество. Будущее. — 2020. — С. 237–240.

10. Каледа, В. Г. Биполярные аффективные расстройства юношеского возраста с континуальным течением / В. Г. Каледа, В. А. Зяблов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2020. — Т. 120. — № 4. — С. 14–22.

11. Каледа, В. Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты первого приступа): дис. докт. мед. наук: Каледа Василий Глебович. — М., 2010. — 356 с.

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

13. Короленко, Ц. П. Социально-психологические характеристики при формировании аддиктивного поведения / Ц. П. Короленко, А. А. Овчинников, А. Н. Султанова, А. Ю. Неустроева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2019. — Т. 119. — № 1. — С. 69–71.

14. Коцюбинский, А. П. Шизотипическое расстройство. Негативные (психопатоподобные и бедные симптомами) симптомокомплексы / А. П. Коцюбинский // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. — 2018. — С. 260–278.

15. Крылова, Е. С. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением / Е. С. Крылова, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // Суицидология. — 2019. — Т. 10. — № 1 (34). — С. 48–57.

16. Крылова, Е. С. Особенности аутоагрессивного поведения при пограничном и нарциссическом расстройстве личности в юношеском возрасте / Е. С. Крылова, А. А. Кулешов, А. А. Бебуришвили, В. Г. Каледа // Психическое здоровье. — 2020. — № 12. — С. 37–47.

17. Крылова, Е. С. Юношеские депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации» (типология, диагностика, прогноз и вопросы терапии): дис. канд. мед. наук: Крылова Елена Сергеевна. — М., 2004. — 295 с.

18. Мосолов, С. Н. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства / С. Н. Мосолов, Е. Г. Костюкова, М. Я. Ладыженский // Современная терапия психических расстройств. — 2016. — № 3. — С. 27–40.

19. Мосолов, С. Н. Алгоритмы биологической терапии биполярного аффективного расстройства / С. Н. Мосолов, Е. Г. Костюкова, А. В. Ушкалова, А. А. Шафаренко, П. В. Алфимов // Современная терапия психических расстройств. — 2013. — № 4. — С. 31–39.

20. Никифоров, И. А. Алкогольная болезнь и коморбидные церебральные расстройства (обзор литературы) / И. А. Никифоров, И. И. Никифоров, П. В. Аронов // Profilakticheskaya Meditsina. — 2015. — № 3.

21. Олейчик, И. В. Современные алгоритмы психофармакотерапии депрессии / И. В. Олейчик // Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества. — 2019. — С. 384–396.

22. Омельченко, М. А. Депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой в юношеском возрасте / М. А. Омельченко, А. О. Румянцев, В. Г. Каледа // Психиатрия. — 2018— № 2 (78). — С. 138-149.

23. Петрова, Н.Н. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе / Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Чумаков Е.М. // Доктор. Ру. — 2022— Т. 21— № 8. — С. 66-71

24. Петрова, Н.Н. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике / Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Хоменко А.Е., Маматходжаева Т.Б., Чумаков Е.М. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2022. — Т. 122. — № 12. — С. 111–116.

25. Полунина, А. Г. Висконсинский тест сортировки карточек как инструмент оценки когнитивных функций / А. Г. Полунина, Д. М. Давыдов //

Социальная психиатрия / под ред. Дмитриевой Т. Б. — М.: Издательство ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. — 2004. — С. 217–236.

26. Романов, Д. В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности / Д. В. Романов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2014. — Т. 16. — № 5–4. — С. 1309–1311.

27. Романов, Д. В. Проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности / Д. В. Романов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2015. — Т. 17. — № 5–3. — С. 853–856.

28. Румянцев, А. О. Атенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеской депрессии (клинико-психопатологические аспекты) / А. О. Румянцев, М. А. Омельченко, В. Г. Каледа // Российский психиатрический журнал. — 2018. — № 1. — С. 61–70.

29. Симуткин, Г. Г. Хронобиологический подход к терапии аффективных расстройств / Г. Г. Симуткин // Современная терапия психических расстройств. — 2014. — № 2. — С. 14–19.

30. Симуткин, Г. Г. Эффективность фармакотерапии биполярного аффективного расстройства при коморбидности с расстройством личности / Г. Г. Симуткин, А. Л. Яковлева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2017. — № 3. — С. 97–103.

31. Смулевич, А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смулевич. — Медицина, 1987.

32. Смулевич, А. Б. Пограничные психические нарушения / А. Б. Смулевич // Руководство по психиатрии. — 1999. — Т. 2. — С. 527.

33. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич // М.: Медицинское информационное агентство. — 2019.

34. Смулевич, А. Б. Расстройства личности и депрессия / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, В. В. Читлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — Т. 112. — № 9. — С. 4–11.

35. Смулевич, А. Б. Ипохондрия как патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии) / А.Б. Смулевич, Волель Б.А., Романов Д. В. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — Т. 108 — №. 10. — С. 1-13.

36. Старостина, Е. Г. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е. Г. Старостина, Г. Д. Тэйлор, А. Е. Бобров, Е. Н. Мошняга, Н. В. Пузырева, М. А. Боброва, М. Г. Ивашкина, М. Н. Кривчикова, Е. П. Шаврикова, Б. Майкл // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20. — № 4. — С. 31–38.

37. Усов, Г. М. Коморбидность биполярного аффективного расстройства II типа и пограничного расстройства личности / Г. М. Усов, Е. М. Чумаков, Д. И. Чарная, Д. Ю. Коломыщев, О. А. Стаценко // Социальная и клиническая психиатрия. — 2021. — Т. 31. — № 4. — С. 48–56.

38. Хмелева, Ю. Б. Клиническая динамика, ранняя диагностика и реабилитация пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку / Ю. Б. Хмелева. — Томск, 2004. — 264 с.

39. Цуцуйковская, М. Я. К нозологической дифференциации эндогенных депрессий юношеского возраста (клинико-психофизиологическое исследование) / М. Я. Цуцуйковская, Е. С. Михайлова, Т. В. Владимирова // Материалы XII съезда психиатров России. — 1995. — С. 413–414.

40. Яценко, К. О. Сравнительная характеристика пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности в казенном и частном стационарах / К. О. Яценко // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — 2015. — С. 81–82.

41. Aaronson, C. J. Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder / C. J. Aaronson, D. S. Bender, A. E. Skodol, J. G. Gunderson // *Psychiatric Quarterly*. — 2006. — Vol. 77, № 1. — P. 69–80.

42. Akça, Ö. F. Borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in adolescence: Overlap and differences in a clinical setting

/ Ö. F. Akça, K. Wall, C. Sharp // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. — 2020. — Vol. 7, № 1. — P. 1–9.

43. Akiskal, H. S. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity / H. S. Akiskal, E. G. Hantouche, J. F. Allilaire // *Journal of affective disorders*. — 2003. — Vol. 73, № 1–2. — P. 49–57.

44. Akiskal, H. S. Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes / H. S. Akiskal, K. K. Akiskal, S. Lancrenon, E. G. Hantouche, J.-P. Fraud, C. Gury, J.-F. Allilaire // *Journal of affective disorders*. — 2006. — Vol. 96, № 3. — P. 197–205.

45. Anderson, S. *Dysfunctional Sexual Behavior in Borderline Women: Impulsive Sexual Acting-Out or Sexual Addiction/Compulsivity?* — Routledge, 2019. — P. 352–376.

46. Bagby, M. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with Personality and Psychopathology Measures / M. Bagby, G. J. Taylor, D. Ryan // *Psychotherapy and Psychosomatics*. — 1986. — Vol. 45, № 4. — P.207–215.

47. Barazandeh, H. A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits / H. Barazandeh, D. W. Kissane, N. Saedi, M. Gordon // *Personality and Individual Differences*. — 2016. — Vol. 94. — P. 130–139.

48. Bateman, A. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care / A. Bateman, P. Fonagy // *American Journal of Psychiatry*. — 2003. — Vol. 160, № 1. — P. 169–171.

49. Beeney, J. E. Self–other disturbance in borderline personality disorder: Neural, self-report, and performance-based evidence. / J. E. Beeney, M. N. Hallquist, W. D. Ellison, K. N. Levy // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. — 2016. — Vol. 7, № 1. — P. 28.

50. Belli, H. Borderline personality disorder: bipolarity, mood stabilizers and atypical antipsychotics in treatment / H. Belli, C. Ural, M. Akbudak // *Journal of clinical medicine research*. — 2012. — Vol. 4, № 5. — 301 p.
51. Bernstein, D. P. *Personality of Adolescents* / D. P. Bernstein, M. Schwabstone, C. Noemi, D. Ed. 1993. — №8. — P. 1237–1243.
52. Biskin, R. S. Diagnosing borderline personality disorder / R. S. Biskin, J. Paris // *Canadian Medical Association Journal*. — 2012. — Vol. 184, № 16. — P. 1789–1794.
53. Biskin, R. S. Nonsuicidal self-injury in early adolescence as a predictor of borderline personality disorder in early adulthood / R. S. Biskin, J. Paris, P. Zelkowitz, D. Mills, L. Laporte, N. Heath // *Journal of personality disorders*. — 2021. — Vol. 35, № 5. — P. 764–775c.
54. Bottesi, G. Are difficulties in emotion regulation and intolerance of uncertainty related to negative affect in borderline personality disorder? / G. Bottesi, V. Tesini, S. Cerea, M. Ghisi // *Clinical Psychologist*. — 2018. — Vol. 22, № 2. — P. 137–147.
55. Bozzatello, P. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection / P. Bozzatello, C. Garbarini, P. Rocca, S. Bellino // *Diagnostics*. — 2021. — Vol. 11, № 11. — P. 21–42.
56. Bradley, R. Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents / R. Bradley, J. Jenei, D. Westen // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2005. — Vol. 193, № 1. — P. 24–31.
57. Brickman, L. J. 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, M. E. Berman, M. S. McCloskey // *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. — 2014. — Vol. 1, № 1. — P. 1–8.
58. Briere, J. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions / J. Briere, E. Gil // *American journal of Orthopsychiatry*. — 1998. — Vol. 68, № 4. — P. 609–620.

59. Brown, R. C. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence / R. C. Brown, P. L. Plener // *Current Psychiatry Reports*. — 2017. — Vol. 19, № 3. — P. 1–8.
60. Buchheim, A. Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder / A. Buchheim, G. Carol // *Disorganization of attachment and caregiving*. — 2011. — Vol. 2. — P. 343–383.
61. Butler, A. C. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder / A. C. Butler, G. K. Brown, A. T. Beck, J. R. Grisham // *Behaviour research and therapy*. — 2002. — Vol. 40, № 10. — P. 1231–1240.
62. Campbell, K. Borderline Personality Disorder: To diagnose or not to diagnose? That is the question / K. Campbell, K. Clarke, D. Massey, R. Lakeman // *International journal of mental health nursing*. — 2020. — Vol. 29, № 5. — P. 972–981.
63. Carpenter, R. W. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review / R. W. Carpenter, T. J. Trull // *Current Psychiatry Reports*. — 2013. — Vol. 15, № 1.
64. Carrion, V. G. Update on neuroimaging and cognitive functioning in maltreatment-related pediatric PTSD: Treatment implications / V. G. Carrion, S. S. Wong, H. Kletter // *Journal of Family Violence*. — 2013. — Vol. 28, № 1. — P. 53–61.
65. Casale, A. Del Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder / A. Del Casale, L. Bonanni, P. Bargagna, F. Novelli, F. Fiaschè, M. Paolini, F. Forcina, G. Anibaldi, F. N. Cortese, A. Iannuccelli // *Current Neuropharmacology*. — 2021. — Vol. 19, № 10. — P. 1760.
66. Cattane, N. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms / N. Cattane, R. Rossi, M. Lanfredi, A. Cattaneo // *BMC psychiatry*. — 2017. — Vol. 17, № 1. — P. 1–14.
67. Cavelti, M. Adolescent suicide: an individual disaster, but a systemic failure // *European child & adolescent psychiatry*. — 2021. — Vol. 30, № 7. — P. 987–990.
68. Cavelti, M. Heterogeneity of borderline personality disorder symptoms in help-seeking adolescents / M. Cavelti, S. Lerch, D. Ghinea, G. Fischer-Waldschmidt,

F. Resch, J. Koenig, M. Kaess // *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. — 2021. — Vol. 8, № 1. — P. 1–14.

69. Cavelti, M. Psychotic symptoms in borderline personality disorder: developmental aspects / M. Cavelti, K. Thompson, A. M. Chanen, M. Kaess // *Current Opinion in Psychology*. — 2021. — Vol. 37. — P. 26–31.

70. Chabrol, H. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students / H. Chabrol, A. Montovany, K. Chouicha, S. Callahan, E. Mullet // *The Canadian Journal of Psychiatry*. — 2001. — Vol. 46, № 9. — P. 847–849.

71. Chanen, A. M. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People / A. M. Chanen, K. Nicol, J. K. Betts, K. N. Thompson // *Current Psychiatry Reports*. — 2020. — Vol. 22, № 5.

72. Chanen, A. M. Effect of 3 forms of early intervention for young people with borderline personality disorder: the MOBY randomized clinical trial / A. M. Chanen, J. K. Betts, H. Jackson, S. M. Cotton, J. Gleeson, C. G. Davey, K. Thompson, S. Perera, V. Rayner, H. Andrewes // *JAMA Psychiatry*. — 2022. — Vol. 79, № 2. — P. 109–119.

73. Chanen, A. M. Five failures and five challenges for prevention and early intervention for personality disorder / A. M. Chanen, K. Nicol // *Current Opinion in Psychology*. — 2021. — Vol. 37. — P. 134–138.

74. Chanen, A. M. Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders / A. M. Chanen, M. Berk, K. Thompson // *Harvard review of psychiatry*. — 2016. — Vol. 24, № 5. — P. 330–341.

75. Cloninger, C. R. A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal / C. R. Cloninger // *Journal of Personality Disorders*. — 2000. — Vol. 14, № 2. — P. 99.

76. Cohen, P. The children in the community study of developmental course of personality disorder / P. Cohen, T. N. Crawford, J. G. Johnson, S. Kasen // *Journal of personality disorders*. — 2005. — Vol. 19, № 5. — P. 466–486.

77. Crawford, T. N. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms / T. N. Crawford, P. R. Cohen, H. Chen, D. M. Anglin,

M. Ehrensaft // *Development and psychopathology*. — 2009. — Vol. 21, № 3. — P. 1013–1030.

78. Crawford, T. N. Internalizing symptoms in adolescents: Gender differences in vulnerability to parental distress and discord / T. N. Crawford, P. Cohen, E. Midlarsky, J. S. Brook // *Journal of research on adolescence*. — 2001. — Vol. 11, № 1. — P. 95–118.

79. Critchfield, K.L. The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility/ K.N. Levy, J.F. Clarkin, O.F. Kernberg // *Journal of Clinical Psychology*— 2008. — Vol. 64, № 1. — P. 67–82.

80. Crowell, S. E. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory / S. E. Crowell, T. P. Beauchaine, M. M. Linehan // *Psychological Bulletin*. — 2009. — Vol. 135, № 3. — P. 495–510.

81. D'Amato, R. C. Essentials of neuropsychological assessment: Treatment planning for rehabilitation / R. C. D'Amato, L. C. Hartlage. — Springer Publishing Company, 2008.

82. Dalbudak, E. The severity of Internet addiction risk and its relationship with the severity of borderline personality features, childhood traumas, dissociative experiences, depression and anxiety symptoms among Turkish university students / E. Dalbudak, C. Evren, S. Aldemir, B. Evren // *Psychiatry research*. — 2014. — Vol. 219, № 3. — P. 577–582.

83. Daros, A. R. A meta-analysis and systematic review of emotion-regulation strategies in borderline personality disorder / A. R. Daros, G. E. Williams // *Harvard Review of Psychiatry*. — 2019. — Vol. 27, № 4. — P. 217–232.

84. Deutsch, H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. / Deutsch Helene // *Psychoanal. Q.* — 1942. — Vol. 11. — P. 301–321.

85. Dickhaut, V. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study / V. Dickhaut, A. Arntz // *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. — 2014. — Vol. 45, № 2. — P. 242–251.

86. Duică, L. Borderline Personality Disorder “Discouraged Type”: A Case Report/ L. Duică, E. Antonescu, M. Totan, G. Bota, S.C. Silișteanu // *Medicina* — 2022. — Vol. 58, № 2. — P. 1–7.

87. Domes, G. Alexithymic traits and facial emotion recognition in borderline personality disorder / G. Domes, H. J. Grabe, D. Czeschnek, M. Heinrichs, S. C. Herpertz // *Psychotherapy and psychosomatics*. — 2011. — Vol. 80, № 6. — P. 383–385.

88. Domes, G. Recognition of facial affect in borderline personality disorder / G. Domes, D. Czeschnek, F. Weidler, C. Berger, K. Fast, S. C. Herpertz // *Journal of personality disorders*. — 2008. — Vol. 22, № 2. — P. 135–147.

89. Esmaeilian, N. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis / N. Esmaeilian, M. Dehghani, E. H. W. Koster, K. Hoorelbeke // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. — 2019. — Vol. 26, № 3. — P. 388–398.

90. Evans, C. M. Assessing inter-model continuity between the Section II and Section III conceptualizations of borderline personality disorder in DSM-5. / C. M. Evans, L. J. Simms // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. — 2018. — Vol. 9, № 3. — P. 290.

91. Farrell, J. M. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial / J. M. Farrell, I. A. Shaw, M. A. Webber // *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. — 2009. — Vol. 40, № 2. — P. 317–328.

92. Fatimah, H. Familial factors and the risk of borderline personality pathology: Genetic and environmental transmission / H. Fatimah, B. M. Wiernik, C. Gorey, M. McGue, W. G. Iacono, M. A. Bornovalova // *Psychological Medicine*. — 2020. — Vol. 50, № 8. — P. 1327–1337.

93. Favazza, A. R. The coming of age of self-mutilation / A. R. Favazza // *The Journal of nervous and mental disease*. — 1998. — Vol. 186, № 5. — P. 259–268.

94. Fonagy, P. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice /

P. Fonagy, M. Speranza, P. Luyten, M. Kaess, C. Hessels, M. Bohus // *European Child and Adolescent Psychiatry*. — 2015. — Vol. 24, № 11. — P. 1307–1320.

95. Fonagy, P. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. / P. Fonagy, E. Allison // *Psychotherapy*. — 2014. — Vol. 51, № 3. — P. 372.

96. Fossati, A. Impulsivity dimensions, emotion dysregulation, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents / A. Fossati, K. L. Gratz, C. Maffei, S. Borroni // *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. — 2014. — Vol. 1, № 1. — P. 1–11.

97. Frankl, L. Self-preservation and the development of accident proneness in children and adolescents / L. Frankl // *The psychoanalytic study of the child*. — 1963. — Vol. 18, № 1. — P. 464–483.

98. Gabbard, G. O. Mind, brain, and personality disorders / G. O. Gabbard // *American Journal of Psychiatry*. — 2005. — Vol. 162, № 4. — P. 648–655.

99. Garnet, K. E. Adolescent borderline personality disorder / K. E. Garnet, K. N. Levy, J. J. F. Mattanah // *American Journal of Psychiatry*. — 1995. — Vol. 152, № 10. — P. 1538.

100. Gartlehner, G. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis / G. Gartlehner, K. Crotty, S. Kennedy, M. J. Edlund, R. Ali, M. Siddiqui, R. Fortman, R. Wines, E. Persad, M. Viswanathan // *CNS Drugs*. — 2021. — Vol. 35, № 10. — P. 1053–1067.

101. Geselowitz, B. Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms / B. Geselowitz, D. J. Whalen, R. Tillman, D. M. Barch, J. L. Luby, A. Vogel // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. — 2021. — Vol. 60, № 5. — P. 612–622.

102. Giesen-Bloo, J. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy / J. Giesen-Bloo, R. Van Dyck, P. Spinhoven, W. Van Tilburg, C. Dirksen, T. Van Asselt, I. Kremers, M. Nadort, A. Arntz // *Archives of general psychiatry*. — 2006. — Vol. 63, № 6. — P. 649–658.

103. Goldman, S. J. Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. / S. J. Goldman, E. J. D'Angelo, D. R. DeMaso, E. Mezzacappa // *The American journal of psychiatry*. — 1992.

104. Goldman, S. J. Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. / S. J. Goldman, E. J. D'Angelo, D. R. DeMaso // *The American journal of psychiatry*. — 1993.

105. Goldston, D. B. Predictors of suicide attempts: State and trait components / D. B. Goldston, B. A. Reboussin, S. S. Daniel // *Journal of Abnormal Psychology*. — 2006. — Vol. 115, № 4. — P. 842–849.

106. Goldston, D. B. Psychiatric Diagnoses as Contemporaneous Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental Changes / D. B. Goldston, S. S. Daniel, A. Erkanli, B. A. Reboussin, A. Mayfield, P. H. Frazier, S. L. Treadway // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 2009. — Vol. 77, № 2. — P. 281–290.

107. Goldston, D. B. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years alter discharge / D. B. Goldston, S. S. Daniel, D. M. Reboussin, B. A. Reboussin, P. H. Frazier, A. E. Kelley // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. — 1999. — Vol. 38, № 6. — P. 660–671.

108. González, R. A. Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment / R. A. González, A. Igoumenou, C. Kallis, J. W. Coid // *BMC psychiatry*. — 2016. — Vol. 16, № 1. — P. 1–10.

109. Goodman M. Quieting the affective storm of borderline personality disorder / M. Goodman, E. A. Hazlett, A. S. New, H. W. Koenigsberg, L. Siever // *American Journal of Psychiatry*. — 2009. — Vol. 166, № 5. — P. 522–528.

110. Grant, B. F. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / B. F. Grant, S. P. Chou, R. B. Goldstein, B. Huang,

F. S. Stinson, T. D. Saha, S. M. Smith, D. A. Dawson, A. J. Pulay, R. P. Pickering // *The Journal of clinical psychiatry*. — 2008. — Vol. 69, № 4. — P. 15398.

111. Greenfield, B. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth / B. Greenfield, M. Henry, E. Lis, J. Slatkoff, J.-M. Guilé, G. Dougherty, X. Zhang, A. Raz, L. Eugene Arnold, L. Daniel // *European child & adolescent psychiatry*. — 2015. — Vol. 24, № 4. — P. 397–406.

112. Grinker, R. R. *The borderline syndrome: A behavioral study of egofunctions* / R. R. Grinker, B. Werble, R. C. Drye. — Basic books, 1968.

113. Guilé, J. M. *Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies* / J. M. Guilé, L. Boissel, S. Alaux-Cantin, S. Garny de La Rivière // *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. — 2018. — Vol. 9. — P. 199–210.

114. Gunderson, J. G. *Defining borderline patients: an overview* / J. G. Gunderson, T. Singer, G. M. D. Noyes // *American Journal of Psychiatry*. — 1975. — Vol. 132, № 1. — P. 1–10.

115. Gunderson, J. G. *Borderline personality disorder* / J. G. Gunderson // *New England Journal of Medicine*. — 2011. — Vol. 364, № 21. — P. 2037–2042.

116. Gunderson, J. G. *Borderline personality disorder* / J. G. Gunderson, S. C. Herpertz, A. E. Skodol, S. Torgersen, M. C. Zanarini // *Nature Reviews Disease Primers*. — 2018. — Vol. 4.

117. Gunderson, J. G. *Medication management for patients with borderline personality disorder* // *American Journal of Psychiatry*. — 2018. — Vol. 175, № 8. — P. 709–711.

118. Ha, C. *Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder*. / C. Ha, J. C. Balderas, M. C. Zanarini, J. Oldham, C. Sharp // *The Journal of clinical psychiatry*. — 2014. — Vol. 75, № 5. — P. 457-64.

119. Harpøth, T. S. D. *Associations of positive and negative emotions with ego-resiliency and quality of life in borderline personality disorder: A daily diary study*. / T. S. D. Harpøth, M. T. Kongerslev, T. J. Trull, J. Hepp, A. W. Bateman, E. Simonsen //

Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. — 2020. — Vol. 11, № 1. — P. 13.

120. Hawton, K. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital / K. Hawton, D. Zahl, R. Weatherall // *British Journal of Psychiatry*. — 2003. — Vol. 182, № JUNE. — P. 537–542.

121. Hoch, P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia / P. Hoch, P. Polatin // *Psychiatric Quarterly*. — 1949. — Vol. 23, № 2. — P. 248–276.

122. Hughes, C. H. Borderland Psychiatric Records--Prodromal Symptoms of Psychical Impairment / C. H. Hughes // *Alienist and Neurologist (1880–1920)*. — 1884. — Vol. 5, № 1. — P. 85.

123. Hutsebaut, J. The identification of a risk profile for young people with borderline personality pathology: a review of recent literature / J. Hutsebaut, A. Aleva // *Current Opinion in Psychology*. — 2021. — Vol. 37. — P. 13–20.

124. Iskrich, A. Neural Changes in Borderline Personality Disorder After Dialectical Behavior Therapy – A Review / A. Iskrich, E. Barkley-Levenson // *Frontiers in Psychiatry*. — 2021. — Vol. 12.

125. Izurieta Hidalgo, N. A. Electrophysiological and behavioral correlates of the processing of emotionally ambiguous faces in women and men with borderline personality disorder / N. A. Izurieta Hidalgo. — 2016.

126. Jacob, G. A. Schema therapy for personality disorders — A review / G. A. Jacob, A. Arntz // *International Journal of Cognitive Therapy*. — 2013 — Vol. 6, № 2. — P. 171–185.

127. Johnson, J. G. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood / J. G. Johnson, P. Cohen, H. Chen, S. Kasen, J. S. Brook // *Archives of general psychiatry*. — 2006. — Vol. 63, № 5. — P. 579–587.

128. Jorgenson, A. G. Internet Addiction and Other Behavioral Addictions / A. G. Jorgenson, R. C. J. Hsiao, C. F. Yen // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. — 2016. — Vol. 25, № 3. — P. 509–520.

129. Kaess, M. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth / M. Kaess,

P. Parzer, M. Mattern, P. L. Plener, A. Bifulco, F. Resch, R. Brunner // *Psychiatry research*. 2013. — Vol. 206, № 2–3. — P. 265–272.

130. Kaess, M. Borderline personality disorder in adolescence / M. Kaess, R. Brunner, A. Chanen // *Pediatrics*. — 2014. — Vol. 134, № 4. — P. 782–793.

131. Kaplan, C. 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, B. Aguirre, G. Galen, R. P. Auerbach // *Comprehensive Psychiatry*. — 2016. — Vol. 71. — P. 86–94.

132. Kelleher, I. Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies / I. Kelleher, H. Keeley, P. Corcoran, F. Lynch, C. Fitzpatrick, N. Devlin, C. Molloy, S. Roddy, M. C. Clarke, M. Harley // *The British Journal of Psychiatry*. — 2012. — Vol. 201, № 1. — P. 26–32.

133. Kelleher, I. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies / I. Kelleher, D. Connor, M. C. Clarke, N. Devlin, M. Harley, M. Cannon // *Psychological medicine*. — 2012. — Vol. 42, № 9. — P. 1857–1863.

134. Kendall, T. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline / T. Kendall, R. Burbeck, A. Bateman // *The British Journal of Psychiatry*. — 2010. — Vol. 196, № 2. — P. 158–159.

135. Kernberg, O. F. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies / O. F. Kernberg // *International Journal of Psycho-Analysis*. — 1999. — Vol. 80, № 6. — P. 1075–1091.

136. Kernberg, O. F. Borderline personality organization / O. F. Kernberg // *Journal of the American psychoanalytic Association*. — 1967. — Vol. 15, № 3. — P. 641–685.

137. Kernberg, O. F. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization / O. F. Kernberg // *Journal of the American Psychoanalytic Association*. — 1976. — Vol. 24, № 4. — P. 795–829.

138. Kernberg, O. F. The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients / O. F. Kernberg // *Journal of the American Psychoanalytic Association*. — 2003. — Vol. 51, № 2. — P. 517–545.

139. Kernberg, O. F. Transference focused psychotherapy: Overview and update / O. F. Kernberg, F. E. Yeomans, J. F. Clarkin, K. N. Levy // *The International Journal of Psychoanalysis*. — 2008. — Vol. 89, № 3. — P. 601–620.

140. Kety, S. S. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics / S. S. Kety, D. Rosenthal, P. H. Wender, F. Schulsinger // *Journal of Psychiatric Research*. — 1968. — Vol. 6. — P. 345–362.

141. Klonsky, E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions / E. D. Klonsky // *Psychological medicine*. — 2011. — Vol. 41, № 9. — P. 1981–1986.

142. Knight, R. P. Borderline states // *Joint Session of the American Psychoanalytic Association and the Section on Psychoanalysis of the American Psychiatric Association, May, 1952, Atlantic City, NJ, US; Read at the aforementioned conference*. — International Universities Press, Inc, 1953.

143. Koenigsberg, H. W. Characterizing affective instability in borderline personality disorder / H. W. Koenigsberg, P. D. Harvey, V. Mitropoulou, J. Schmeidler, A. S. New, M. Goodman, J. M. Silverman, M. Serby, F. Schopick, L. J. Siever // *American Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159, № 5. — P. 784–788.

144. Kopala-Sibley, D. C. Understanding heterogeneity in borderline personality disorder: differences in affective reactivity explained by the traits of dependency and self-criticism / D. C. Kopala-Sibley, D. C. Zuroff, J. J. Russell, D. S. Moskowitz, J. Paris // *Journal of Abnormal Psychology*. — 2012. — Vol. 121, № 3. — P. 680.

145. Krause-Utz, A. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder / A. Krause-Utz, D. Winter, I. Niedtfeld, C. Schmahl // *Current psychiatry reports*. — 2014. — Vol. 16, № 3. — P. 1–13.

146. Lan, W. H. Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: A nationwide longitudinal study / W. H. Lan, Y. M. Bai, J. W. Hsu, K. L. Huang, T. P. Su, C. T. Li, A. C. Yang, W. C. Lin, W. H. Chang,

T. J. Chen, S. J. Tsai, M. H. Chen // *Journal of Affective Disorders*. — 2015. — Vol. 176. — P. 171–175.

147. Levine, A. Z. Nonsuicidal self-injury and suicide: Differences between those with and without borderline personality disorder / A. Z. Levine, R. Aljabari, K. Dalrymple, M. Zimmerman // *Journal of Personality Disorders*. — 2020. — Vol. 34, № 1. — P. 131–144.

148. Levy, K. N. Borderline Personality Disorder / K. N. Levy, J. Pantelides // *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Clinical, Applied, and Cross-Cultural Research*. — 2020. — P. 89–95.

149. Levy, K. N. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. / K. N. Levy, K. B. Meehan, K. M. Kelly, J. S. Reynoso, M. Weber, J. F. Clarkin, O. F. Kernberg // *Journal of consulting and clinical psychology*. — 2006. — Vol. 74, № 6. — P. 1027.

150. Lieb, K. Borderline personality disorder / K. Lieb, M. C. Zanarini, C. Schmahl, M. M. Linehan, M. Bohus // *The Lancet*. — 2004. — Vol. 364, № 9432. — P. 453–461.

151. Linehan, M. *DBT? Skills training manual* / M. Linehan. — Guilford Publications, 2014.

152. Linehan, M. M. A behavioral theory of borderline personality disorder / M. M. Linehan, K. Koerner // *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. — 1993. — P. 103–121.

153. Linehan, M. M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* / M. M. Linehan. — Guilford Publications, 2018.

154. Linehan, M. M. Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide / M. M. Linehan // *Journal of Personality disorders*. — 1987. — Vol. 1, № 4. — P. 328.

155. Linehan, M. M. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. / M. M. Linehan. — Guilford press, 1993.

156. Links, P. S. Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder / P. S. Links, R. Heslegrave, R. Van Reekum // *Journal of Personality Disorders*. — 1999. — Vol. 13, № 1. — P. 1–9.

157. Loas, G. Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder / G. Loas, M. Speranza, A. Pham-Scottez, F. Perez-Diaz, M. Corcos // *Journal of Psychosomatic Research*. — 2012. — Vol. 72, № 2. — P. 147–152.

158. Loas, G. Dependency and suicidality in addictive disorders / G. Loas, O. Guilbaud, F. Perez-Diaz, A. Verrier, P. Stephan, F. Lang, P. Bizouard, J. L. Venisse, M. Corcos, M. F. Flament, P. Jeammet // *Psychiatry Research*. — 2005. — Vol. 137, № 1–2. — P. 103–111.

159. Lombrozo, C. *Genio e follia* (1864). — 1892.

160. Lu, W.-H. Relationship between borderline personality symptoms and Internet addiction: The mediating effects of mental health problems / W.-H. Lu, K.-H. Lee, C.-H. Ko, R. C. Hsiao, H.-F. Hu, C.-F. Yen // *Journal of behavioral addictions*. — 2017. — Vol. 6, № 3. — P. 434–441.

161. Mason, C. K. Catastrophizing, negative affectivity, and borderline personality disorder / C. K. Mason, S. N. Mullins-Sweatt // *Personality and Mental Health*. — 2021. — Vol. 15, № 4. — P. 283–292.

162. Meaney, R. Prevalence of borderline personality disorder in university samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression / R. Meaney, P. Hasking, A. Reupert // *PLoS ONE*. — 2016. — Vol. 11, № 5. — P. 1

163. Millon, T. *Personality Disorders in modern life*. / T. Millon, S. Grossman, C.M. Millon, S. Meagher, R. Ramnath // John Wiley & Sons, 2004

164. Miller, A. L. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents / A. L. Miller, J. J. Muehlenkamp, C. M. Jacobson // *Clinical Psychology Review*. — 2008. — Vol. 28, № 6. — P. 969–981.

165. Milovanovic, S. Recommendations for the Treatment of Persons with Body Integrity Identity Disorder (biid) / S. Milovanovic, D. Duisin, M. Jerinic, J. Barisic // *European Psychiatry*. — 2015. — Vol. 30, № S1. — P. 1.

166. Minarikova, K. B. Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder / K. B. Minarikova, J. Prasko, M. Holubova, J. Vanek, K. Kantor, M. Slepecky, K. Latalova, M. Ociskova // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. — 2022. — Vol. 18. — P. 787.

167. Morosini, P. L. Prima validazione ed applicazione di uno strumento clinico-epidemiologico per valutare gli esiti nella riabilitazione psichiatrica: DI. SA, Disabilita e Salute / P. L. Morosini, D. Semisa, G. Biffi // *Riv Speriment Fren*. — 1996. — Vol. 5. — P. 817–837.

168. Mulay, A. L. Borderline personality disorder diagnosis in a new key / A. L. Mulay, M. H. Waugh, J. Parks Fillauer, D. S. Bender, A. Bram, N. M. Cain, E. Caligor, M. K. Forbes, L. B. Goodrich, J. H. Kamphuis, J. W. Keeley, R. F. Krueger, J. E. Kurtz, P. Jacobsson, K. C. Lewis, G. M. P. Rossi, J. M. Ridenour, M. Roche, M. Sellbom, C. Sharp, A. E. Skodol // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. — 2019. — Vol. 6, № 1. — P. 1–16.

169. Munno, D. Addictive behaviors and personality traits in adolescents / D. Munno, M. Saroldi, E. Bechon, S. C. M. Sterpone, G. Zullo // *CNS Spectrums*. — 2016. — Vol. 21, № 2. — P. 207–213.

170. Napolitano, L.A. Dichotomous thinking in borderline personality disorder / L. A. Napolitano, D. McKay // *Cognitive Therapy and Research*. — 2007. — Vol. 31, № 6. — P. 717–726.

171. Nenov-Matt, T. Loneliness, social isolation and their difference: a cross-diagnostic study in persistent depressive disorder and borderline personality disorder / T. Nenov-Matt, B. B. Barton, J. Dewald-Kaufmann, S. Goerigk, S. Rek, K. Zentz, R. Musil, A. Jobst, F. Padberg, M. A. Reinhard // *Frontiers in Psychiatry*. — 2020. — Vol. 11. — P. 608476.

172. Niedtfeld, I. Functional connectivity of pain-mediated affect regulation in borderline personality disorder / I. Niedtfeld, P. Kirsch, L. Schulze, S. C. Herpertz, M. Bohus, C. Schmahl // *PLoS ONE*. — 2012. — Vol. 7, № 3. — P. e33293.

173. Nock, M. K. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. / M. K. Nock, M. J. Prinstein // *Journal of abnormal psychology*. — 2005. — Vol. 114, № 1. — P. 140.

174. Nordahl, H. M. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series / H. M. Nordahl, T. E. Nysæter // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. — 2005. — Vol. 36, № 3. — P. 254–264.

175. Oldham, J. M. Borderline personality disorder and suicidality / J. M. Oldham // *American Journal of Psychiatry*. — 2006. — Vol. 163, № 1. — P. 20–26.

176. Os, J. Van Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia: the May 1940 invasion of the Netherlands / J. Van Os, J.-P. Selten // *The british journal of psychiatry*. — 1998. — Vol. 172, № 4. — P. 324–326.

177. Paris, J. A History of Research on Borderline Personality Disorder in Childhood and Adolescence BT — *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* / ed. by. C. Sharp, J. L. Tackett. New York, NY: Springer New York, 2014. — P. 9–16.

178. Paris, J. Borderline personality disorder and bipolar disorder: What is the difference and why does it matter? / J. Paris, D. W. Black // *Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2015. — Vol. 203, № 1. — P. 3–7.

179. Paris, J. Differential diagnosis of borderline personality disorder / J. Paris // *Psychiatric Clinics*. — 2018. — Vol. 41, № 4. — P. 575–582.

180. Paris, J. The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder / J. Paris // *Development and psychopathology*. — 2005. — Vol. 17, № 4. — P. 1091–1104.

181. Paris, J. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders / J. Paris, J. Gunderson, I. Weinberg // *Comprehensive psychiatry*. — 2007. — Vol. 48, № 2. — P. 145–154.

182. Paris, J. The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category / J. Paris // *Journal of Personality Disorders*. — 2007. — Vol. 21, № 5. — P. 457–473.

183. Patton, J. H. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale / J. H. Patton, M. S. Stanford, E. S. Barratt // *Journal of clinical psychology*. — 1995. — Vol. 51, № 6. — P. 768–774.

184. Peris, L. Efficacy and safety of gabapentin in Borderline Personality Disorder: a six-month, open-label study / L. Peris, N. Szerman, M. Ruíz // *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*. — 2007. — Vol. 18, № 76. — P. 418–422.

185. Perroud, N. Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene / N. Perroud, A. Salzman, P. Prada, R. Nicastro, M.-E. Hoeppli, S. Furrer, S. Ardu, I. Krejci, F. Karege, A. Malafosse // *Translational psychiatry*. — 2013. — Vol. 3, № 1. — P. 207–207.

186. Perugi, G. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? / G. Perugi, M. Fornaro, H. S. Akiskal // *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. — 2011. — Vol. 10, № 1. — P. 45–51.

187. Pfeffer, C. R. Suicidal and assaultive behavior in children: classification, measurement, and interrelations. / C. R. Pfeffer, R. Plutchik, M. S. Mizruchi // *The American Journal of Psychiatry*. — 1983. — Vol. 140, №. 2. — P. 154–157.

188. Pine, F. On the concept “borderline” in children: a clinical essay / F. Pine // *The Psychoanalytic Study of the Child*. — 1974. — Vol. 29, № 1. — P. 341–368.

189. Plener, P. L. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature / P. L. Plener, T. S. Schumacher, L. M. Munz, R. C. Groschwitz // *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. — 2015. — Vol. 2. № 1.

190. Pompili, M. Suicidality in DSM-IV cluster B personality disorders. An overview. / M. Pompili, A. Ruberto, P. Girardi, R. Tatarelli // *Annali dell’Istituto superiore di sanita*. — 2004. — Vol. 40, № 4. — P. 475–483.

191. Prados, J. Borderline personality disorder and childhood maltreatment: A genome-wide methylation analysis / J. Prados, L. Stenz, P. Courtet, P. Prada, R. Nicastro, W. Adouan, S. Guillaume, E. Olié, J. Aubry, A. Dayer // *Genes, Brain and Behavior*. — 2015. — Vol. 14, № 2. — P. 177–188.

192. Prichard, J. C. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind / J. C. Prichard. — Haswell, Barrington, and Haswell, 1837.

193. Rafaeli, E. The CBT distinctive features series. Schema therapy: Distinctive features. — 2011.

194. Reichborn-Kjennerud, T. Structure of genetic and environmental risk factors for symptoms of DSM-IV borderline personality disorder / T. Reichborn-Kjennerud, E. Ystrom, M. C. Neale, S. H. Aggen, S. E. Mazzeo, G. P. Knudsen, K. Tambs, N. O. Czajkowski, K. S. Kendler // *JAMA Psychiatry*. — 2013. — Vol. 70, № 11. — P. 1206–1214.

195. Reichl, C. Self-harm in the context of borderline personality disorder / C. Reichl, M. Kaess // *Current Opinion in Psychology*. — 2021. — Vol. 37. — P. 139–144.

196. Reitz, S. Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour / S. Reitz, R. Kluetsch, I. Niedtfeld, T. Knorz, S. Lis, C. Paret, P. Kirsch, A. Meyer-Lindenberg, R.-D. Treede, U. Baumgaertner // *The British Journal of Psychiatry*. — 2015. — Vol. 207, № 2. — P. 165–172.

197. Reuter, T. R. Sexual orientation and borderline personality disorder features in a community sample of adolescents / T. R. Reuter, C. Sharp, A. H. Kalpakci, H. J. Choi, J. R. Temple // *Journal of personality disorders*. — 2016. — Vol. 30, № 5. — P. 694–707.

198. Ribeiro, J. D. An investigation of the interactive effects of the capability for suicide and acute agitation on suicidality in a military sample / J. D. Ribeiro, T. W. Bender, J. M. Buchman, M. K. Nock, M. D. Rudd, C. J. Bryan, I. C. Lim, M. T. Baker, C. Knight, P. M. Gutierrez // *Depression and anxiety*. — 2015. — Vol. 32, № 1. — P. 25–31.

199. Riemann, G. The relationship between self-reported borderline personality features and prospective illness course in bipolar disorder / G. Riemann, N. Weisscher, R. M. Post, L. Altshuler, S. McElroy, M. A. Frye, P. E. Keck, G. S. Leverich, T. Suppes,

H. Grunze // *International Journal of Bipolar Disorders*. — 2017. — Vol. 5, № 1. — P. 1–7.

200. Riffer, F. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines / F. Riffer, M. Farkas, L. Streibl, E. Kaiser, M. Sprung // *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. — 2019. — Vol. 23, № 3. — P. 178–188.

201. Ryan, J. Borderline personality pathology in young people at ultra high risk of developing a psychotic disorder / J. Ryan, A. Graham, B. Nelson, A. Yung // *Early Intervention in Psychiatry*. — 2017. — Vol. 11, № 3. — P. 208–214.

202. Sadeh, N. Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms / N. Sadeh, E. A. Londahl-Shaller, A. Piatigorsky, S. Fordwood, B. K. Stuart, D. E. McNiel, E. D. Klonsky, E. M. Ozer, A. M. Yaeger // *Psychiatry research*. — 2014. — Vol. 216, № 2. — P. 217–222.

203. Sanches, M. The limits between bipolar disorder and borderline personality disorder: a review of the evidence / M. Sanches // *Diseases*. — 2019. — Vol. 7, № 3. — P. 49.

204. Scalzo, F. Predictors of substance use in youth with borderline personality disorder. / F. Scalzo, C. A. Hulbert, J. K. Betts, S. M. Cotton, A. M. Chanen // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. — 2018. — Vol. 9, № 4. — P. 390.

205. Schmahl C. Self-injury and borderline personality disorder // *Neuropsychiatry*. — 2011. — Vol. 1, № 1. — P. 7–10.

206. Schneider, I. Remnants and changes in facial emotion processing in women with remitted borderline personality disorder: an EEG study / I. Schneider, K. Bertsch, N. A. Izurieta Hidalgo, L. E. Müller, C. Schmahl, S. C. Herpertz // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2018. — Vol. 268, № 4. — P. 429–439.

207. Schramm, E. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications / E. Schramm, D. N. Klein, M. Elsaesser, T. A. Furukawa, K. Domschke // *The Lancet Psychiatry*. — 2020. — Vol. 7, № 9. — P. 801–812.

208. Schultze-Lutter, F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept / F. Schultze-Lutter // *Schizophrenia bulletin*. — 2009. — Vol. 35, № 1. — P. 5–8.

209. Schulze, L. Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability / L. Schulze, G. Domes, A. Krüger, C. Berger, M. Fleischer, K. Prehn, C. Schmahl, A. Grossmann, K. Hauenstein, S. C. Herpertz // *Biological psychiatry*. — 2011. — Vol. 69, № 6. — P. 564–573.

210. Scott, L. N. Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. / L. N. Scott, K. N. Levy, R. B. Adams Jr, M. T. Stevenson // *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. — 2011. — Vol. 2, № 2. — P. 98.

211. Secrist, C. D. *The Role of Executive Functioning in the Treatment of Borderline Personality Disorder*. — 2014.

212. Seikowski, K. Borderline-Persönlichkeitsstörung und Transsexualität / K. Seikowski, S. Gollek, W. Harth, M. Reinhardt // *Psychiatrische Praxis*. — 2008. — Vol. 35, № 03. — P. 135–141.

213. Sharp, C. Personality pathology in youth. / C. Sharp, B. De Clercq // *The Cambridge handbook of personality disorder*. — 2020.

214. Sharp, C. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice / C. Sharp, P. Fonagy // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. — 2015. — Vol. 56, № 12. — P. 1266–1288.

215. Siever, L. J. The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies / L. J. Siever, S. Torgersen, J. G. Gunderson, W. J. Livesley, K. S. Kendler // *Biological Psychiatry*. — 2002. — Vol. 51, № 12. — P. 964–968.

216. Silbersweig, D. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder / D. Silbersweig, J. F. Clarkin, M. Goldstein, O. F. Kernberg, O. Tuescher, K. N. Levy, G. Brendel, H. Pan, M. Beutel, M. T. Pavony // *American Journal of Psychiatry*. — 2007. — Vol. 164, № 12. — P. 1832–1841.

217. Silvers, J. A. Affective lability and difficulties with regulation are differentially associated with amygdala and prefrontal response in women with Borderline Personality Disorder / J. A. Silvers, A. D. Hubbard, E. Biggs, J. Shu, E. Fertuck, S. Chaudhury, M. F. Grunebaum, J. Weber, H. Kober, M. Chesin // *Psychiatry Research: Neuroimaging*. — 2016. — Vol. 254. — P. 74–82.

218. Singh, D. Gender Identity and Sexual Orientation in Women with Borderline Personality Disorder / D. Singh, S. McMMain, K. J. Zucker // *Journal of Sexual Medicine*. — 2011. — Vol. 8, № 2. — P. 447–454.

219. Soler, J. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder / J. Soler, J. C. Pascual, J. Campins, J. Barrachina, D. Puigdemont, E. Alvarez, V. Pérez // *American Journal of Psychiatry*. — 2005. — Vol. 162, № 6. — P. 1221–1224.

220. Soloff, P. H. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study / P. H. Soloff, K. G. Lynch, T. M. Kelly, K. M. Malone, J. John Mann // *American Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 157, № 4. — P. 601–608.

221. Sleuwaegen, E. Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament / E. Sleuwaegen, L. Claes, K. Luyckx, A. Berens, C. Vogels, B. Sabbe // *Personality and Individual Differences*. — 2017. — Vol. 108. — P. 14–19.

222. Starcevic, V. Current understanding of the relationships between obsessive-compulsive disorder and personality disturbance / V. Starcevic, V. Brakoulias // *Current Opinion in Psychiatry*. — 2017. — Vol. 30, № 1. — P. 50–55.

223. Stepp, S. D. Stability of borderline personality disorder features in girls / S. D. Stepp, P. A. Pilkonis, A. E. Hipwell, R. Loeber, M. Stouthamer-Loeber. — 2010. — P. 460–472.

224. Stern, A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses / A. Stern // *The Psychoanalytic Quarterly*. — 1938. — Vol. 7, № 4. — P. 467–489.

225. Stern, D. B. Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis. / D. B. Stern // *Psychoanalytic Psychology*. — 1999. — Vol. 16, № 3. — P. 481–486.

226. Stoffers, J. Pharmacological interventions for borderline personality disorder / J. Stoffers, B. A. Völlm, G. Rücker, A. Timmer, N. Huband, K. Lieb // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2010. — № 6.

227. Stone, M. H. Borderline personality disorder: History of the concept / M. H. Stone // *Medical psychiatry*. — 2005. — Vol. 31. — P. 1.

228. Thompson, K. N. The clinical significance of subthreshold borderline personality disorder features in outpatient youth / K. N. Thompson, H. Jackson, M. Cavelti, J. Betts, L. McCutcheon, M. Jovev, A. M. Chanen // *Journal of personality disorders*. — 2019. — Vol. 33, № 1. — P. 71–81.

229. Tomko, R. L. 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 // *Journal of personality disorders*. — 2014. — Vol. 28, № 5. — P. 734.

230. Torgersen, S. Genetics of patients with borderline personality disorder / S. Torgersen // *Psychiatric Clinics of North America*. — 2000. — Vol. 23, № 1. — P. 1–9.

231. Torgersen, S. The prevalence of personality disorders in a community sample / S. Torgersen, E. Kringlen, V. Cramer // *Archives of general psychiatry*. — 2001. — Vol. 58, № 6. — P. 590–596.

232. Tritt, K. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / K. Tritt, C. Nickel, C. Lahmann, P. K. Leiberich, W. K. Rother, T. H. Loew, M. K. Nickel // *Journal of Psychopharmacology*. — 2005. — Vol. 19, № 3. — P. 287–291.

233. Trull, T. J. Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. / T. J. Trull, M. B. Solhan, S. L. Tragesser, S. Jahng, P. K. Wood, T. M. Piasecki, D. Watson // *Journal of abnormal psychology*. — 2008. — Vol. 117, № 3. — P. 647.

234. Trull, T. J. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration / T. J. Trull, K. J. Sher, C. Minks-Brown, J. Durbin, R. Burr // *Clinical psychology review* – 2000. – T. 20 – № 2 – 235–253c.

235. Trull T.J. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. / T. J. Trull // *Journal of Abnormal Psychology*. — 2001. — Vol. 110, № 3. — P. 471.

236. Turner, B. J. 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, M. A. Rodriguez, M. Z. Rosenthal, A. L. Chapman // *Psychiatry Research*. — 2015. — Vol. 230, № 1. — P. 28–35.

237. Tyrer, P. A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder / P. Tyrer // *Advances in psychiatric treatment*. — 2014. — Vol. 20, № 4. — P. 280–285.

238. Tyrer, P. Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder / P. Tyrer // *Personality and Mental Health*. — 2009. — Vol. 3, № 2. — P. 86–95.

239. Vaddiparti, K. Personality disorders and pathological gambling / K. Vaddiparti, L. B. Cottler // *Current Opinion in Psychiatry*. — 2017. — Vol. 30, № 1. — P. 45–49.

240. Vaillancourt, T. Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder / T. Vaillancourt, H. L. Brittain, P. McDougall, A. Krygsman, K. Boylan, E. Duku, S. Hymel // *Development and psychopathology*. — 2014. — Vol. 26, № 3. — P. 817–830.

241. Vanwoerden, S. Momentary borderline personality disorder symptoms in youth as a function of parental invalidation and youth-perceived support / S. Vanwoerden, A. L. Byrd, V. Vine, J. E. Beeney, L. N. Scott, S. D. Stepp // *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. — 2022. — Vol. 63, № 2. — P. 178–186.

242. Videler, A. C. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder // *Current Psychiatry Reports*. — 2019. — Vol. 21, № 7.

243. Vita, A. Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: a prospective study in a real-world setting / A. Vita, L. De Peri, S. Barlati, P. Cacciani, G. Deste, R. Poli, E. Agrimi, B. M. Cesana, E. Sacchetti // *Schizophrenia Research*. — 2011. — Vol. 133, № 1–3. — P. 223–231.

244. Westen, D. Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder / D. Westen, E. Betan, J. A. DeFife // *Development and psychopathology*. — 2011. — Vol. 23, № 1. — P. 305–313.

245. White, C. N. Family studies of borderline personality disorder: A review / C. N. White, J. G. Gunderson, M. C. Zanarini, J. I. Hudson // *Harvard Review of Psychiatry*. — 2003. — Vol. 11, № 1. — P. 8–19.

246. Widiger, T. A. The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model / T. A. Widiger, G. A. McCabe // *Psychopathology*. — 2020. — Vol. 0044.

247. Willis, F. The role of nociceptive input and tissue injury on stress regulation in borderline personality disorder / F. Willis, S. Kuniss, N. Kleindienst, J. Naoum, S. Reitz, S. Boll, M. Bohus, R.-D. Treede, U. Baumgärtner, C. Schmahl // *Pain*. — 2017. — Vol. 158, № 3. — P. 479–487.

248. Wingenfeld, K. Neural correlates of the individual emotional Stroop in borderline personality disorder / K. Wingenfeld, N. Rullkoetter, C. Mensebach, T. Beblo, M. Mertens, S. Kreisel, M. Toepper, M. Driessen, F. G. Woermann // *Psychoneuroendocrinology*. — 2009. — Vol. 34, № 4. — P. 571–586.

249. Winnicott, D. W. *Psycho-Analytic Study of the Child* / D. W. Winnicott // *British Medical Journal*. — 1963. — Vol. 1, № 5325. — P. 253.

250. Winsper, C. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation / C. Winsper, J. Hall, V. Y. Strauss, D. Wolke // *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. — 2017. — Vol. 4, № 1. — P. 1–10.

251. Winsper, C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan / C. Winsper // *Current Opinion in Psychology*. — 2021. — Vol. 37. — P. 94–97.

252. Winsper, C. Psychopathological outcomes of adolescent borderline personality disorder symptoms / C. Winsper, D. Wolke, J. Scott, C. Sharp, A. Thompson, S. Marwaha // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. — 2020. — Vol. 54, № 3. — P. 308–317.

253. Winsper, C. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis / C. Winsper, S. T. Lereya, S. Marwaha, A. Thompson, J. Eyden, S. P. Singh // *Clinical psychology review*. — 2016. — Vol. 44. — P. 13–24.

254. Witt, S. H. Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia / S. H. Witt, F. Streit, M. Jungkunz, J. Frank, S. Awasthi, C. S. Reinbold, J. Treutlein, F. Degenhardt, A. J. Forstner, S. Heilmann-Heimbach // *Translational psychiatry*. — 2017. — Vol. 7, № 6. — P. e1155–e1155.

255. Wu, J. Y. W. Positive outcome expectancy mediates the relationship between peer influence and Internet gaming addiction among adolescents in Taiwan / J. Y. W. Wu, H.-C. Ko, T.-Y. Wong, L.-A. Wu, T. P. Oei // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. — 2016. — Vol. 19, № 1. — P. 49–55.

256. Yee, L. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder / L. Yee, A. J. Korner, S. McSwiggan, R. A. Meares, J. Stevenson // *Comprehensive psychiatry*. — 2005. — Vol. 46, № 2. — P. 147–154.

257. Yen, S. Borderline personality disorder in suicidal adolescents / S. Yen, K. Gagnon, A. Spirito // *Personality and Mental Health*. — 2013. — Vol. 7, № 2. — P. 89–101.

258. Yen, S. Borderline personality disorder in transition age youth with bipolar disorder / S. Yen, E. Frazier, H. Hower, L. M. Weinstock, D. R. Topor, J. Hunt, T. R. Goldstein, B. I. Goldstein, M. K. Gill, N. D. Ryan, M. Strober, B. Birmaher,

M. B. Keller // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2015. — Vol. 132, № 4. — P. 270–280.

259. Yen, S. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts / S. Yen, M. T. Shea, C. A. Sanislow, A. E. Skodol, C. M. Grilo, M. O. Edelen, R. L. Stout, L. C. Morey, M. C. Zanarini, J. C. Markowitz // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2009. — Vol. 120, № 3. — P. 222–229.

260. Zadra, S. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample / S. Zadra, G. Bischof, B. Besser, A. Bischof, C. Meyer, U. John, H.-J. Rumpf // *Journal of Behavioral Addictions*. — 2016. — Vol. 5, № 4. — P. 691–699.

261. Zanarini, M. C. Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study / M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, D. B. Reich, G. Fitzmaurice // *American Journal of Psychiatry*. — 2012. — Vol. 169, № 5. — P. 476–483.

262. Zanarini, M. C. Cognitive features of borderline personality disorder / M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenburg // *American Journal of Psychiatry*. — 1990. — Vol. 147, № 1. — P. 57–63.

263. Zanarini, M. C. Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up / M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, D. B. Reich, G. M. Fitzmaurice // *American Journal of Psychiatry*. — 2016. — Vol. 173, № 7. — P. 688–694.

264. Zanarini, M. C. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder / M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, J. Hennen, D. B. Reich, K. R. Silk // *American Journal of Psychiatry*. — 2006. — Vol. 163, № 5. — P. 827–832.

265. Zanarini, M. C. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year olds and 34,653 American adults / M. C. Zanarini, J. Horwood, D. Wolke, A. Waylen, G. Fitzmaurice, B. F. Grant // *Journal of personality disorders*. — 2011. — Vol. 25, № 5. — P. 607.

266. Zanarini, M. C. Prevalence rates of borderline symptoms reported by adolescent inpatients with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adult inpatients with BPD / M. C. Zanarini, C. M. Temes, L. R. Magni, G. M. Fitzmaurice, B. A. Aguirre, M. Goodman // *Personality and Mental Health*. — 2017. — Vol. 11, № 3. — P. 150–156.

267. Zanarini, M. C. *In the fullness of time: Recovery from borderline personality disorder* / M. C. Zanarini // Oxford University Press, 2018.

268. Zandersen, M. A recurrent question: What is borderline? / M. Zandersen, M. G. Henriksen, J. Parnas // *Journal of Personality Disorders*. — 2019. — Vol. 33, № 3. — P. 341–369.

269. Zandersen, M. Borderline personality disorder or a disorder within the schizophrenia spectrum? A psychopathological study / M. Zandersen, J. Parnas // *World Psychiatry*. — 2019. — Vol. 18, № 1. — P. 109–110.

270. Zilboorg, G. Ambulatory schizophrenia / G. Zilboorg // *Psychiatry*. — 1941. — Vol. 4, № 2. — P. 149–155.

271. Zimmerman, M. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder / M. Zimmerman, T. A. Morgan // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. — 2013. — Vol. 15, № 2. — P. 155–169.

Приложение.

Наблюдение А. ПРЛ с явлениями «аффективного шторма».

История болезни № 1102, Пациент Л. И. А., 1986 Г.Р., дата поступления 16.08.2010 г., выписка 29.10.2010 г., работает.

Наследственность отягощена накоплением патохарактерологических черт по обеим линиям.

Линия отца.

Дед (70 лет). По характеру отличался взрывчатостью, импульсивностью, раздражительностью. Часто провоцировал конфликтные ситуации, которые разрешал при помощи физической агрессии. При этом любил большие компании, где стремился к лидерству. Эпизодически употреблял алкоголь, в состоянии опьянения становился ещё более конфликтным и раздражительным. По профессии юрист, на протяжении жизни занимал крупные руководящие посты. В настоящее время на пенсии. Является фигурантом уголовных дел в связи с превышением служебных полномочий, и применением физической силы к журналисту. С семьей общение не поддерживает.

Бабка (64 года). По характеру активная, общительная. На протяжении жизни отмечались колебания настроения преимущественно депрессивного полюса, с возникновением тревоги и раздражительности. По профессии учитель физкультуры, в настоящее время на пенсии. Эпизодически злоупотребляет алкоголем до 2-3 дней подряд.

Отец (46 лет). По характеру целеустремлённый, ответственный к своим рабочим обязанностям. По профессии экономист, занимал руководящие посты. В личных отношениях отличался непостоянством, оставил семью пациента, не принимал дальнейшего участия в воспитании ребенка. Эпизодически на фоне стрессовых ситуаций становился раздражительным, в порыве гнева мог разбить посуду,

ударить кулаком в стену. В настоящее время с пациентом отношения напряженные, однако оказывает ему финансовую поддержку.

Линия матери.

Бабка (64 года). По характеру тревожная, склонная к демонстративным реакциям, гиперопекающему и контролирующему поведению, которое становилось причиной конфликтов с родственниками, на высоте которых угрожала им суицидальной попыткой, однократно с демонстративной целью выпила 10 таблеток феназепама. По профессии учитель истории. В настоящее время на пенсии.

Двоюродная бабка (59 лет). По характеру тревожная, впечатлительная. По специальности - преподаватель философии в педагогическом институте, кандидат философский наук. В юности перенесла депрессивное состояние с экзистенциальными размышлениями о бессмысленности собственной жизни. В общении с врачом обращает на себя внимание своеобразие мышления, непоследовательность ответов. С пациентом поддерживает доброжелательные отношения, оказывает ему моральную и финансовую поддержку.

Дед (1937-1987 гг). По характеру отзывчивый, общительный, любил собирать большие компании, где алкоголизировался. По профессии инженер, умер в возрасте 50 лет от соматического заболевания.

Мать (1961-2004 гг). По характеру тревожная, впечатлительная. Работала инженером на крупных предприятиях, последние 5 лет не работает. Часто отмечала неуверенность в своих возможностях, испытывала трудности адаптации в рабочих коллективах, в связи с чем часто меняла место работы и круг общения. В 39 лет было диагностировано онкологическое заболевание, от которого умерла в возрасте 43 лет.

Родился от 1 неосложненной, нормально протекавшей беременности в возрасте матери 23 года, роды в срок, естественным путем, без патологии. Вес при рождении 4 кг, рост 53 см. До 3-х месяцев находился на грудном вскармливании.

До 1 года был беспокойным, плаксивым, отмечались трудности засыпания. Ходить начал в 11 месяцев, фразовая речь с опережением, но до 6 лет не выговаривал букву «р», занимался с логопедом. С раннего детства отмечалась гиперактивность, неусидчивость, одновременно играл в несколько игр, быстро теряя к ним интерес. В тоже время быстро научился читать, интересовался «как устроен мир», задавал множество вопросов близким, не всегда дожидаясь ответа. Был впечатлительным, часто плакал по малозначимым поводам. После просмотренных остросюжетных фильмов подолгу не мог заснуть.

В возрасте 4 лет перенес детские инфекции, которые осложнились воспалением суставов нижних конечностей, проходил длительный курс лечения. Около 6-8 мес. выглядел ослабленным, вялым, впоследствии состояние нормализовалось. После курса лечения на протяжении года испытывал страх перед медицинскими манипуляциями, опасался посещения больниц и врачей. Детский сад посещал с 3 лет, в коллективе детей адаптировался, легко заводил контакты со сверстниками, стремился быть лидером, находиться в центре внимания, однако часто возникали ссоры по его инициативе. Посещением детского сада не тяготился, но часто не соблюдал дисциплину, отказывался слушаться воспитателей. Дома часто был непоседлив, подолгу не мог заниматься одним делом. Больше был привязан к матери, испытывал страх перед деспотичным отцом. В подготовительный класс школы пошел в 6 лет, к новым условиям адаптировался, успевал на «отлично» по всем предметам, больше по техническим предметам, считался талантливым учеником. С одноклассниками были нестабильные отношения. В целом был доброжелательным, но не учитывал нюансов ситуации, из-за чего часто возникали ссоры, драки. После школы играл на приставках, занимался легкой атлетикой, в музыкальной школе на фортепьяно, где добивался успехов. При этом никогда не отличался усердием, все давалось легко. Впервые настроения несколько снизилось в 7 лет после развода родителей, которое сохранялось около месяца, часто плакал, состояние разрешилось самостоятельно.

В подростковом возрасте 11-12 лет усилилась впечатлительность, стал более вспыльчивым, оппозиционным по отношению к матери стремился подчеркнуть

свою самостоятельность. В этот период времени фон настроения стал неустойчивым, усилилась чувствительность, обидчивость. Отмечались нарушения ритм сна-бодрствования, испытывал выраженные трудности при засыпании, так не мог «расслабиться», нередко в ночное время появлялась повышенная активность. На этом фоне постепенно усиливались конфликты с родственниками и друзьями, на фоне которых для снятия напряжения начал наносить себе самоповреждения в виде ударов кулаками о твердые поверхности. В связи с постоянным контролем посещаемости и выполнения домашних заданий под контролем родственников, испытывал чувство внутреннего напряжения, на высоте которого мог уйти из дома, остаться ночевать у друзей. В дальнейшем стал еще более вспыльчивым, раздражительным, проявлял вербальную и физическую агрессию, ударял кулаками о твердые поверхности, в порыве гнева мог разбить посуду, повредить мебель. В школе часто провоцировал драки, в которых мог быть жестоким, мог причинить травмы одноклассникам. На замечания учителей реагировал конфликтно. На высоте одного из конфликтов, разбил окно в классе, повредил мебель и другое ценное имущество школы. После произошедшего испытывал чувство вины, отказывался посещать школу, в связи с чем был переведен в другую школу. С 15 лет стали появляться размышления о смысле жизни, своего предназначения и существования жизни в целом. С этого времени стал еще более чувствительным, настроение изменчивым и легко менялось по внешним поводам. В этот период времени появилось множество разносторонних интересов, увлекался катанием на велосипеде, горными лыжами, игрой на гитаре. В свободное время писал стихи, мрачного пессимистического содержания, интересовался экзистенциальной философией. Однако к увлечениям относился без особого усердия, быстро терял интерес. При этом сохранялась общительность, стремление быть в центре внимания. Одновременно стал влюбчивым, начал заводить романы нередко в ущерб учебе. Организовал музыкальную группу, эпизодически устраивал выступления, пробовал заниматься звукозаписью. В компании сверстников начал употреблять слабоалкогольные напитки и марихуану, отмечал на этом фоне повышенную веселость или напротив угнетенное настроение. С 16 лет участились

конфликты с противоположным полом, так как был нетерпимым и часто становился вспыльчивым. На высоте конфликтов нередко наносил себе самоповреждения поверхностные самопорезы в области предплечий для улучшения своего состояния. Несмотря на свое состояние справлялся с учебой, практически с отличием закончил физико-математическую школу по результатам олимпиад, без экзаменов был зачислен в МГТУ им. Баумана. На 1 курсе (17 лет) адаптировался легко, успеваемость была на высоком уровне. Свободное время проводил за компьютерными играми, встречами с друзьями, продолжал творческую деятельность своей музыкальной группы. Сохранялись ситуационно обусловленные колебания настроения временами становился раздражительным конфликтным. На высоте конфликтов отмечал появлением вспышек неконтролируемого гнева, сопровождающиеся ауто- и гетероагрессивными поступками, мог провоцировать конфликты и драки, впоследствии сожалел о своих поступках и решениях. В 18 лет на фоне психотравмирующей ситуации (умерла мать от онкологического заболевания) снизился фон настроения с преобладанием подавленности, тоски. В этот период времени отмечал усиление подавленности, раздражительности, с ощущением чувства внутренней пустоты, «душевной боли». Отмечал на высоте тоски появления суицидальных мыслей без конкретных намерений, для облегчения состояния вновь наносил себе самоповреждения для облегчения чувства душевной боли. Старался больше времени проводить с друзьями, где эпизодически употреблял ПАВ. В состоянии опьянения становился еще более конфликтным, мог провоцировать конфликты на улице, совершал различные правонарушения, пренебрегал правилами дорожного движения, переходил дорогу на запрещающий сигнал светофора. В связи с чем неоднократно подвергался административной ответственности, при одном из задержаний сотрудниками полиции оказал им неповиновение и сопротивление, более 30 суток находился в изоляторе временного содержания. На протяжении задержания отмечал преимущественно сниженный фон настроения, раскаивался в своем поступке, опасался возможного исключения из ВУЗа. При этом быстро адаптировался в условиях изолятора активно общался с другими задержанными. После завершения

срока пребывания в изоляторе, стал несколько спокойнее, избегал возможных конфликтных ситуаций, опасаясь повторения случившегося. При этом неустойчивый фон настроения сохранялся на протяжении 19 и 20 лет, когда периоды сниженного с апатией и раздражительностью и гетероагрессивным поведением сменялись периодами приподнятого настроения с повышением активности, которые были связаны с субъективно приятными для пациента событиями (встреча с друзьями, очередные кратковременные романтические отношения). Сохранялась вспыльчивость опрометчивость поступков и действий, так мог совершать демонстративные и рискованные поступки, мог провоцировать конфликты с малознакомыми людьми в барах и ночных клубах, чтобы повысить свой «авторитет» у девушек и друзей. В 21 год на фоне появившихся академических задолженностей, появилась тревога за будущее, усиливалась раздражительность и конфликтность с окружающими, сопровождающаяся бурными эмоциональными проявлениями в виде «истерик» и самоповреждений. После которых быстро успокаивался. Не редко откладывал сроки сдачи предметов, находился под угрозой отчисления из ВУЗА. В тоже время возникали периоды, когда испытывал повышенную активность, продуктивность был склонен к неординарным решениям, за что получал высокие оценки со стороны преподавателей. Свободное время продолжал проводить в компаниях друзей и девушек, увлекался компьютерными играми. На 6 курсе (22-23 года) приступил к написанию дипломной работы, однако отношения с научным руководителем сложились конфликтные, из-за того, что не мог во время сдать запланированную часть работы. При этом смог успешно защитить диплом. После завершения обучения (23 года), отмечал незначительный подъем настроения, по собственной инициативе начал новые отношения с девушкой, планировал создание семьи. Усилилась неустойчивость настроения, которое в течении суток легко менялось от подавленного до приподнятого в зависимости от ситуации, в связи с чем сложились конфликтные отношения с очередной девушкой, во время которых возникали ссоры, угрожал своей избраннице суицидом, демонстративно наносил себе неглубокие самоповреждения. В этот период времени работал по специальности

программистом. Однако в связи с постоянно неустойчивым настроением, неравномерной продуктивностью и склонностью к конфликтам, несмотря на хорошие профессиональные навыки, часто менял места работы.

Очередное ухудшение состояния развилось с весны 2010 года (24 года), когда на фоне очередного конфликта с девушкой, по ее инициативе прекратились отношения. Отмечал на этом фоне усиление тревоги, раздражительности, снизилась работоспособность не мог заставить себя выполнить полученные заказы. На протяжении лета состояние ухудшалось, стал еще более раздражительным конфликтным. Часто вступал в конфликты с приятелями и заказчиками, в порыве гнева мог швырнуть в коллегу мобильным телефоном, письменными принадлежностями. В этот период времени актуализировались размышления о бессмысленности собственной жизни, появились пассивные суицидальные размышления без конкретных намерений. Отмечал нарушение сна по типу бессонницы и снижение аппетита. В такие периоды становился нетерпимым к близким родственникам, отмечал вспышки неконтролируемого гнева, которые сдерживал путем нанесения самопорезов. Одновременно ощущал бессмысленность собственного существования, идеи собственной никчемности, вины. По инициативе знакомых обратился к психологу, однако не отмечал эффекта от проводимой терапии. На протяжении августа 2010 года настроение сохранялось неустойчивым, в течении дня отмечал преобладание подавленности, тоски, сменяющиеся эпизодами выраженного напряжения, раздражительности, импульсивности: мог внезапно уйти из дома и вступить в конфликт с прохожим, либо на высоте состояния наносил самопорезы. Возник эпизод, когда во время прогулки с девушкой на мосту возникло стремление спрыгнуть, однако был остановлен. В связи со своим состоянием по совету родственников и самостоятельно принял решение обратиться к психиатру, где была рекомендована госпитализация в клинику НЦПЗ.

Соматическое состояние

Нормостенического телосложения, нормального питания. ИМТ = 20,5. На поверхности левой кисти следы от ожогов, на предплечье правой и левой руки

следы от самопорезов. Грудная клетка правильной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Область сердца не изменена, ритм правильный, тоны сердца приглушены, ЧСС 114 в мин, АД 133/88 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Периферических отеков нет. Диурез достаточный.

Неврологическое состояние: Лицо симметрично, язык по средней линии. Глазные щели симметричны, OS=OD. Зрачки D=S. Нистагм, анизокория не наблюдаются. Сухожильные рефлексы в норме, патологические рефлексы отсутствуют. Парезов, параличей нет. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет.

Психическое состояние: выглядит соответственно возрасту, одет и причесан подчеркнуто аккуратно, по молодежной моде, в неформальном стиле. Движения и походка в обычном темпе, сидит в свободной позе, скрестив ноги в позе «лотоса», мимика обеднена. В беседу вступает охотно, несколько демонстративен, в разговоре активно жестикулирует. На вопросы отвечает уклончиво, на повторные конкретные вопросы отвечает подробно, по существу. Голос обычной громкости, темп речи не замедлен. Настроение характеризует неустойчивым. В течение дня испытывает раздражительность, желание проявить агрессию, которая сменяется подавленностью, утратой интереса к окружающему и мотивации к какой-либо деятельности. Сообщает, что на высоте раздражительности не может контролировать свой гнев, для облегчения своего состояния наносит самоповреждения, которые уменьшают интенсивность негативных эмоций. Эпизодически отмечает возникновение представлений собственной смерти. Суицидальные мысли признает в прошлом, в настоящий момент отрицает. Рассказывает, что часто совершает необдуманные поступки, провоцирует конфликты с другими людьми на улице, может разбить ценную для себя вещь. Появляются мысли обвинительного характера за поступки прошлого. Аппетит и сон не нарушены. Критика к состоянию формальная. Обманы восприятия не выявляются. Настроен на лечение.

В динамике: В отделении длительное время сохранялись жалобы на неустойчивое настроение, с преобладанием раздражительности, вспышками гневливости. С мед. персоналом нередко держался без чувства дистанции, тяготился режимом. В дальнейшем на фоне проводимой терапии настроение улучшилось, появились планы на будущее, возобновил работу за написание компьютерных программ был переведен в дневной стационар, который аккуратно посещал. Однако состояние было неустойчивым: периоды ровного настроения сменялись сниженным с возвращением раздражительности, на высоте которых ссорился по телефону с родственниками и знакомыми, мог некорректно ответить мед персоналу. На фоне проводимой терапии состояние с улучшением. Постепенно редуцировались поведенческие расстройства с гневливостью, раздражительностью, уменьшилась оппозиционность по отношению к медицинскому персоналу и лечащему врачу. Сформировалась формальная критика к поведенческим расстройствам.

Лечение: 1 курс — trifluoperazinum 5 мг, trihexyphenidum 2 мг, ac.valproicum 300 мг, maprotilinum 50 мг; 2 курс — aripiprazolum 10 мг trihexyphenidum 4 мг, ac.valproicum 600 мг, maprotilinum 62,5 мг, tianeptimun 62,5 мг, piracetatum 800 мг.

Катамнестическое наблюдение, амбулаторный осмотр 11.05.2021.

После выписки из клиник НЦПЗ состояние сохранялось относительно стабильным, спустя 2 месяца отменил ПФТ, без ухудшений. Сохранялись эпизоды вспыльчивости, раздражительности, когда возникали размышления о нанесении самоповреждений, но при этом стремился останавливать себя или ограничивался ударами по твердым поверхностям, предметам мебели. Продолжал работать по специальности программистом, на протяжении катамнестического 3 раза менял место работы, в основном из-за ухудшений условий оплаты трудовой деятельности и конфликтов с руководством компаний. Однако с легкостью проходил собеседования, в том числе на руководящие должности, в настоящее время работает старшим специалистом в одной из крупных IT компаний. В коллективах

адаптировался с трудом, часто с раздражением реагировал на ошибки подчиненных и коллег, проявлял вербальную агрессию. С 27 лет отмечал появление сезонных изменений своего состояния, в весенний и осенний отмечал ухудшение фона настроения с преобладанием физической и умственной утомляемости, снижением концентрации внимания, потерей удовольствия от любой деятельности, усилению раздражительности. В летний период наблюдалась тенденция к субъективно приподнятому фону настроения, с повышением продуктивности, и социальной активности. Знакомился с девушками, посещал ночные клубы и бары, где эпизодически употреблял алкоголь и марихуану. Состояние обходилось самостоятельно, к врачам не обращался, так как не считал его болезненным. Отношения с противоположным полом оставались нестабильными, на протяжении 10 лет пережил несколько расставаний с избранницами, по собственной инициативе, так как не чувствовал эмоциональной привязанности. В связи с неудачами в построении личных отношений обращался к психологам однако быстро разочаровывался от предлагаемых рекомендаций и практик, самостоятельно прекращал посещение терапии. В настоящее время не женат, детей нет. На протяжении последнего года возобновился интерес к музыке, вместе со школьными и университетскими приятелями возобновил деятельность музыкальной группы. Эпизодически в компании друзей продолжал употреблять алкоголь и марихуану для поддержания «атмосферы». С родственниками поддерживает в основном формальные отношения, при этом в последнее время сблизился с отцом, с которым периодически видится.

На момент осмотра в разговор вступает охотно. Мимика несколько оживлена, демонстративен. На вопрос отвечает по существу в плане заданного. Подробно сообщает анамнестические сведения. На момент осмотра активных жалоб не предъявляет, однако признает наличия сезонных колебаний настроения состояния, но не считает их болезненными. Отрицает факт целенаправленных самоповреждений, при этом признает, что сохраняются трудности контроля над собственными эмоциями. На фоне больших нагрузок на работе становится раздражительным, в порыве гнева может проявить гетероагрессию по отношению

к коллегам, ударить кулаком по столу, швырнуть телефон или канцелярские принадлежности в стену. Критика к своему состоянию формальная соглашается в недопустимости свои эмоциональных реакций, однако при этом не настроен на лечение, отказывается от предложенной фармакотерапии. Суицидальные мысли, обманы восприятия отрицает.

Анализ наблюдения:

Больной перенес в юношеском возрасте атипичное депрессивное состояние с преобладанием дисфорического аффекта, когнитивными расстройствами, дисгармоничной триадой, отсутствием суточного ритма наличием несистематизированными аффективно окрашенных идей экзистенциального содержания, связанных с психотравмирующими ситуациями, сопровождающиеся пассивными суицидальными представлениями и пассивными мыслями. На высоте состояния имеют место несуйцидальные самопреждения и взрывные реакции с гетероагрессивными действиями.

Данное состояние развилось у эмоционально-неустойчивой личности с доминированием в структуре аффективной нестабильности и импульсивности. Первые клинические проявления относятся к детскому возрасту проявляющиеся в искажённом онтогенезе, опережением в формировании речи, присутствием с раннего возраста явлений гиперактивности, импульсивности с повышенной отвлекаемостью, неусидчивостью и трудностями концентрации внимания в виде синдрома СДВГ. В раннем школьном возрасте имели место поведенческие расстройства и оппозиционное поведение, которое усилилось с наступлением пубертата. В подростковом возрасте отмечается присоединение ситуационно обусловленных аффективных колебаний, с взрывностью, усилением поведенческих расстройств, сопровождающиеся возникновением самоповреждающего поведения, которые достигают своего пика в юношеском возрасте.

В период стационарного лечения, на фоне подбора фармакотерапии отмечалось установление терапевтической ремиссии и компенсации достаточно

высокого уровня. После завершения юношеского возраста обнаруживалось некоторое сглаживание патологических личностных характеристик, с уменьшением импульсивности, выраженности поведенческих расстройств в том числе частичной редукцией ауто и гетероагрессивного поведения. При этом не отмечалось изменений структуры личности, сохранялся свойственный больному патохарактерологический склад с преобладанием эмоциональной неустойчивости. В данном наблюдении обнаруживалась следующая траектория аффективных расстройств, которые с 27-летнего возраста принимают отчетливо циклотимический характер с сезонным возникновением субдепрессивных фаз со снижением продуктивности, физической утомляемости, и гипоманиакальными состояниями с повышением социальной активности. При этом на протяжении наблюдения наблюдается постепенное улучшение уровня трудовой адаптации, которое, однако, не привело к полноценному социальному функционированию. (PSP 80). Наследственность отягощена накоплением патохарактерологических черт и аффективных расстройств. по обеим линиям.

Таким образом на основании данных анамнеза с обнаруженным доминированием эмоционально-неустойчивых черт личности с подросткового и юношеского возраста, преобладанием в психопатологической структуре явлений аффективной нестабильности и импульсивности с ауто и гетероагрессивными поступками, с дальнейшим обнаружением в катамнестическом исследовании циклотимической динамики аффективных расстройств при уменьшении дезадаптивных характеристик личности, отсутствием изменений в эмоционально-волевой и мыслительной сферах, можно считать обоснованным **диагноз: Пограничное расстройство личности с явлениями «аффективного шторма». Состояние компенсации достаточно высокого качества.**

Наблюдение Б. ПРЛ с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании».

Выписка из истории болезни № 51, Пациент К.А.В., 1990 Г.Р., дата поступления 15.01.2010 г., выписка 25.02.2010 г., работает.

Бабка (73 года). По характеру общительная, спокойная, в тоже время требовательная, склонная к гиперопеке. Образование высшее физическое, на протяжении жизни работала по специальности, в настоящее время на пенсии. Свободное время посвящает внукам.

Дед (74 года). По характеру общительный, целеустремленный, активный. Предпочитал находиться в центре внимания, в коллективах стремился к лидерству. Эпизодически на фоне стрессовых ситуаций становился гневливым, раздражительным, мог проявлять вербальную агрессию по отношению к родственникам и сослуживцам. Однако старался всегда уладить конфликтные ситуации. Образование высшее физическое, построил карьеру в рядах СА, после службы успешно занимался бизнесом. 6 лет назад на фоне экономического кризиса, потерпел значительные убытки, был вынужден продать долю в бизнесе. С этого времени отмечается отчетливо сниженный фон настроения, начал ежедневно злоупотреблять крепким алкоголем.

Мать (44 года). По характеру тревожная, замкнутая. Образование высшее, закончила физический факультет МГУ. В подростковом возрасте на фоне трудностей адаптации в коллективе, отмечались эпизоды сниженного настроения, с чувством тоски, подавленности, на высоте состояния возникали суицидальные мысли. Состояние обошлось самостоятельно, к врачам не обращалась. На протяжении жизни сохранялись колебания настроения, с тенденцией к снижению настроения. В моменты сниженного настроения, стремилась отвлечься от окружающего, много фантазировала, придумывала собственные миры. В настоящее время работает удаленно строительным инженером-аналитиком, периодически испытывает тревогу при необходимости общаться по телефону, встречаться с новыми людьми, но с работой справляется.

Тетка (42 года). По характеру целеустремлённая, вспыльчивая, склонная к эмоциональным и демонстративным реакциям, которые усиливаются в периоды жизненных трудностей. Образование высшее, закончила МГУ географический факультет. Обнаруживалось непостоянство в личной жизни, с юношеского возраста испытывала трудности в формировании стабильных отношений, часто расставалась избранниками по причине потере интереса и утраты эмоциональной вовлеченности. На протяжении жизни 4 раза выходила замуж, воспитывает 5 детей.

Линия отца.

Дед (1943-2010 гг). По характеру замкнутый, малообщительный. Образование высшее техническое работал по специальности, после занимался бизнесом. Умер в возрасте 67 лет, от соматического заболевания.

Бабка 67 лет. По характеру вспыльчивая, конфликтная. Стремилась находиться в центре внимания, при этом старалась навязать окружающим свою позицию, не считалась с мнением родственников и друзей. На протяжении жизни протестовала против устоев общества, участвовала в общественных и политических проектах. В 40 лет после разговора со священником стала религиозной, начала соблюдать православные традиции, посещать церковь. Активно участвовала в общественной деятельности церковной общины. Образование высшее гуманитарное. Работала по специальности, в настоящее время на пенсии.

Отец (43 года). По характеру вспыльчивый, раздражительный. Закончил физический факультет МГУ, работал программистом в крупных фирмах. На протяжении последних 2 лет не работает, в настоящее время обеспечивает семью сохранившимися накоплениями и подработками в сфере IT. Часто проявляет демонстративные и гневливые реакции в ситуациях требующих ответственных решений, стремился избегать семейным проблем. В юности отмечалась склонность к азартным играм, мог проиграть крупные суммы денег, на фоне чего дважды переносил депрессивные состояния, во время которых злоупотреблял алкоголем, к врачам не обращался. В настоящее время продолжает эпизодически

злоупотреблять алкоголем, неоднократно в состоянии алкогольного опьянения управлял автомобилем, был привлекаем к административной ответственности.

Сестра (17 лет). По характеру, замкнутая необщительная. Профессионально занимается рисованием, готовится к поступлению в академию Строганова.

Младший брат (3 года) по характеру формируется капризным, замкнутым, отмечается. Наблюдается у педиатров в связи задержкой речевого развития.

Родился от первой беременности, протекавшей без особенностей, с обвитием пуповиной, закричал после похлопывания. Масса при рождении 3950, рост 56 см. Находился на грудном вскармливании находился до 6 мес. До года был беспокойным, отмечался гипертонус конечностей в связи с чем наблюдался у невролога. Раннее развитие с опережением. Сидеть начал в 6 месяцев, ходить в 9 мес. Отдельные слова начал произносить в 9 месяцев, фразовая речь с 1 года. В детском возрасте перенес детские инфекции. Однократно, на фоне простудного заболевания при повышении температуры до 42 гр. отмечались зрительные и слуховые иллюзии, слышал как его зовут по имени, видел силуэты за окном. До 5 лет воспитывался матерью, далее посещал детсад. По характеру формировался общительным, любознательным. Легко знакомился с другими детьми, при этом отмечалась ранимость, чувствительность легко обижался и расстраивался если его не позвали в игру. В детском саду с трудом соблюдал дисциплину, отказывался ложиться спать в тихий час, часто перечил воспитателям. Расстраивался, плакал отказывался от посещения детского сада, в связи с чем был переведен родителями в другую группу, где адаптировался лучше. Читать научился в 5 лет, предпочитал приключенческие рассказы, нравилось следить за сюжетом и главными героями. Отмечалась склонность к фантазированию, представлял себя героем прочитанных произведений, сказок. С раннего возраста отмечался страх темноты и замкнутых пространств, который прошел в 5 летнем возрасте. С 6 летнего возраста по инициативе матери начал посещать различные спортивные секции: занимался айкидо, плаванием, футболом, посещал кружок электроники, пытался научиться

играть на гитаре. Однако отмечал быстро возникающую скуку и потерю интереса, быстро охладевал, начинал новое.

В школу пошел в 7 лет, адаптировался легко. Успеваемость в школе была достаточно высокой, успешно справлялся с учебной нагрузкой, однако испытывал выраженную тревогу при ответах у доски, возникал страх опозориться, допустить ошибку. После получения первой неудовлетворительной оценки в 8 лет (2 класс), впервые на короткое время снизилось настроение с преобладанием плаксивости, боялся признаться в оценке матери. Однако в дальнейшем не уделял должного внимания учебе, все задания выполнял под контролем матери. Большую часть свободного времени проводил на улице в компании сверстников, с детства увлекался ездой на велосипеде, изучал сложные трюки, нередко не рассчитав свои возможности получал травмы. В подростковом возрасте стал еще более протестным к замечаниям родителей, учителей, легко чувствовал по отношению к себе несправедливость. С 12 лет впервые появились колебания настроения от сниженного до приподнятого, ухудшилась успеваемость. Избирательно готовился к школьным урокам, часто не выполнял домашних заданий. С этого же возраста увлекся компьютерными играми, в которые играл запойно по несколько часов в день, проводя за ними большую часть свободного времени. Вместе с школьными друзьями посещал компьютерные клубы, где проводил значительное количество времени, в ущерб учебе. Эпизодически употреблял алкоголь. Интерес к противоположному полу с 14 лет, познакомился с девушкой, красиво за ней ухаживал. Отношения продолжались на протяжении года, в дальнейшем расстались по ее инициативе, не сожалел об этом, быстро начинал встречаться с другими девушками, с которыми не было продолжительных отношений.

В 14 лет фон настроения стал неустойчивым, возобновился интерес к спорту и спортивным играм, с этого времени усилилось стремление к риску, которое наблюдалось с детского возраста, придумывал сложные физические упражнения и каскадерские трюки сопряженные с риском травматизации. При успешном их выполнении ощущал прилив сил, чувство азарта и желание превзойти достигнутый результат. Для поддержания своего состояния и получения в компаниях сверстников

совершал рискованные поступки, провоцировал конфликты, совершал мелкие кражи в магазинах, в том числе и денежные. Полученные деньги тратил на оплату времени в компьютерных клубах, где продолжал проводить значительную часть свободного времени, при проигрыше становился раздражительным, в порыве гнева мог ударить кулаком о твердые поверхности, проявлять вербальную агрессию. В 15 несколько усилились колебания настроения на высоте которых появились размышления о собственном будущем. Не мог определиться с возможной для себя профессией, строил поверхностные планы о карьере журналиста. По собственной инициативе решил посещать школу журналистики при МГУ. В новом коллективе не адаптировался, чувствовал себя не уверенно, появились страхи что может попасть в глупое положение, казалось, что над ним смеются окружающие, его обсуждают. На этом фоне появились сомнения в выборе профессии, считал себя недостаточно эрудированным для работы журналистом. Постепенно утратил интерес, перестал читать профильную литературу, однако продолжал посещение лекций. В конце осени 2006 г был отчислен из школы по причине его безынициативности. Несмотря на потерю интереса к специальности, отчисление воспринял болезненно, настроение еще сильнее снизилось с преобладанием подавленности, ощущения бесперспективности своего будущего. После перенесенного тяжелого инфекционного заболевания в октябре 2006 отмечал субъективное ухудшение памяти, не мог сконцентрировать внимание, снизилась школьная успеваемость. В дальнейшем развился стойкий субфебрилитет, сопровождавшийся соматовегетативными симптомами. В общественном транспорте периодически возникали приступы удушья, сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти. По инициативе матери обследовался у терапевта, ревматолога, патологии выявлено не было. В конце 2006 г обратились к психиатру, был выставлен диагноз «Соматоформная дисфункция», был назначен флюанксол, лечение не принимал по решению матери. Весной 2007 года состояние улучшилось выровнялось настроение, восстановились показатели успеваемости. На протяжении лета 2007 года возобновил интенсивные занятия спортом, приобрел новых знакомых с общими спортивными интересами. В этот период времени увлекся идеями борьбы за здоровый образ

жизни. Так усиленно начал заниматься спортом, стремился контролировать состояние своего организма, сдавал анализы, начал придерживаться правильного питания, высчитывал количество калорий в употребляемой пище. Вступил в неформально молодежное объединение, поддерживающее здоровый образ жизни, сделал татуировки, которые обозначали его членство. На протяжении 2 лет придерживался идеологии этого движения, неоднократно участвовал в драках с противниками этого сообщества. Часто в компании единомышленников посещал заброшенные здания, где продолжал тренироваться в выполнении сложных упражнений и трюков связанных с риском травматизации. С осени 2007 года приступил обучению в 11 классе школы, по собственной инициативе начал изучать обществознание и право, планировал поступление на юридический факультет. Однако серьезного внимания подготовке к обучению не уделял, совмещал учебу с компьютерными играми и спортивными увлечениями. В 2008 году (18 лет) успешно поступил в Московский государственный лингвистический университет на факультет политологии, выбор факультета был обусловлен возможностью поступления вне конкурса по результатам олимпиад. При этом планировал заниматься в дальнейшем общественной и политической деятельностью. В коллективе студентов адаптировался, в новой компании пассивно по предложению других студентов начал употреблять алкоголь и ПАВ. Отмечал, что эффект от ПАВ помогает чувствовать себя более «раскрепощенным», легко знакомился с девушками, вступал в непродолжительные романтические отношения. Параллельно с поступлением в ВУЗ закончил автошколу, после получения водительского удостоверения приобрел за незначительную сумму старый автомобиль, на котором часто нарушал правила дорожного движения, стремясь впечатлить одноклассников и новых знакомых. Постепенно на фоне новых увлечений стала ухудшаться успеваемость, появилось избирательность в выполнении заданий, однако сессии сдавал успешно.

Состояние ухудшилось осенью 2010 года, когда на фоне ряда негативных психотравмирующих событий, расставание с девушкой, угроза отчисления резко снизилось настроение, появились жалобы на боли в мышцах ног. Связывал свое

состояние с образом жизни, по собственной инициативе вернулся к интенсивным занятиям спортом, однако не чувствовал улучшения. Отмечал на этом фоне появление раздражительности, в порыве гнева мог ударить кулаком о твердые поверхности. Ухудшилось настроение с преобладанием тоски и безразличия к окружающему. На высоте состояния отмечал возникновение антивитальных мыслей без намерений к реализации. По инициативе родственников обратился к психиатрам получал терапию антидепрессантами. Однако в связи недостаточным эффектом самостоятельно увеличивал дозировку. В интернете прочитав о статье о механизме действия антидепрессантов и транквилизаторов решил подделать рецептурные бланки и приобрести препараты «флуоксетин», «феназепам», которые принимал в неограниченных количествах, дополнительно употребляя ПАВ. В связи с отсутствием эффекта решил обратиться к психиатру был проконсультирован и госпитализирован в клинику НЦПЗ

Соматическое состояние

Нормостенического телосложения, повышенного питания. ИМТ = 26,5. На руках и груди татуировки относящиеся к неформальным группировкам. Глубокий старый шрам в области левой кисти (старая травма). Грудная клетка правильной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Область сердца не изменена, ритм правильный, тоны сердца приглушены, ЧСС 85 в мин, АД 106/77 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Периферических отеков нет. Диурез достаточный.

Неврологическое состояние: Лицо симметрично, язык по средней линии. Глазные щели симметричны, OS=OD. Зрачки D=S. Нистагм, анизокория не наблюдаются. Сухожильные рефлексы в норме, патологические рефлексы

отсутствуют. Парезов, параличей нет. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет.

Лечение: Aripiprazoli до 5 мг, Olanzapini до 15 мг в сутки; Ac.Valproici до 900 мг в сутки, Amitriptylini до 50 мг в сутки, Viprideni до 6 мг в сутки,

Психическое состояние

Ориентирован всесторонне правильно. Выглядит старше своего возраста. Одет небрежно, волосы всклокочены. Движения замедлены с сохранением их координированности и пластичности. Сидит в одном положении, жестикуляция отсутствует. Лицо гипомимично, выражение скорбное, взгляд грустный. Голос тихий, речь замедлена, эмоционально маломодулирована. Отвечает в плане заданного, по существу. Жалуется на резкое снижение настроения с преобладанием апатии, безразличия к окружающему, периодически возникающую тоску с чувством тяжести за грудиной. Упоминает, что потеря удовольствия от повседневных занятий вызывает приступы выраженной раздражительности, на высоте которой может ударить кулаком по стене, быть вербально агрессивным по отношению к окружающим. Состояние практически без суточной динамики, однако периодически возникают периоды улучшения настроения при занятиях, которые раньше вызывали интерес, например, при вождении. Жалуется на болевые ощущения в мышцах шеи, ног, рук. Отмечает некоторое отчуждение себя от реальности, изменение ее восприятия с ощущением блеклости красок. Говорит о бессмысленности существования, не видит перспективы в будущем. Однако суицидальные мысли отрицает. Сообщает, что является атеистом и смерть для него является прекращением существования, к чему он не готов. Критичен к состоянию.

В динамике: В отделении первое время оставался одиноким, залеживался в постели. Жаловался на неприятные, болезненные ощущения в голове по типу обруча, а также болезненность в мышцах рук и ног. Все окружающее воспринимал блеклым, тусклым, как будто отделенным от него. В дальнейшем на фоне лечения постепенно выровнялся фон настроения, уменьшилась интенсивность болей в мышцах. Выявлялась суточная динамика в состоянии, в утренние часы чувствовал себя лучше, фон настроения характеризовал как ближе к ровному, в вечернее время

появлялась подавленность, апатия. Постепенно на фоне терапия состояние улучшилось, начал общаться с другими пациентами, сформировал круг общения преимущественно с психопатизированными пациентами, играл вместе с ними в настольные игры. Тяготился замечаниями со стороны мед. персонала, не всегда в общении соблюдал дистанцию. Постепенно стал требовать расширения режима, начал пользоваться прогулками, лечебными отпусками, во время которых пытался найти работу, устроился в политическую партию агитатором, приступив к работе, чувствовал слабость, повышенную утомляемость, решил заняться чем-нибудь другим, не требующим таких усилий. К моменту выписки фон настроения ближе к ровному, без существенных колебаний в течение дня, строит реальные планы на будущее, намеревается переводиться в другой ВУЗ с более высоким уровнем преподавания, поиск работы по специальности.

Катамнестическое наблюдение, амбулаторный осмотр 15.07.2021.

После выписки из клиники НЦПЗ поддерживающую терапию принимал нерегулярно. В 2011 году на фоне протестных движений в стране участвовал в митингах, сотрудничал с оппозиционными организациями, работал в качестве политехнолога в нескольких выборных компаниях. Параллельно успешно в 2014 году закончил ВУЗ, продолжал работать по специальности. Неоднократно привлекался за оппозиционную деятельность к административной ответственности. Отмечал субъективно приятно ощущение опасности, обосновывал свою деятельность желанием «побороть несправедливость». Сохранялись спортивные увлечения, постепенно вновь отказался от приема ПАВ и алкоголя, стремился вести здоровый образ жизни. В период с 2013 по 2019 год увлекался бейсджампингом, неоднократно совершал прыжки с парашюта, уходил в длительные туристические походы. В 2015 году освоил управление мотоциклом, нередко управляя им пренебрегал правилами дорожного движения и мерами безопасности. В личных отношениях не имел постоянства, часто расставался с девушками, так как терял по отношению к ним интерес. С 2017 года начал практиковать свободные отношения

«полиаморию», писал различные статьи на эту тему в социальных сетях и неформальных журналах. Параллельно встречался с 2 девушками, не скрывая от них свои отношения. При этом фон настроения был преимущественно неустойчивым, на фоне психотравмирующих ситуаций отмечал кратковременные снижение настроения до 1 недели и ситуационно обусловленные подъемы настроения, на высоте которых отмечает появление раздражительности, гневливости.

На момент осмотра выглядит старше своего возраста, приветлив. Стремится расположить к себе собеседника. На вопросы отвечает охотно по существу. Фон настроения характеризует ближе к ровному. Жалоб не высказывает. На протяжении беседы рассказывает о своей деятельности и образе жизни. Суицидальные мысли, желание причинить себе вред отрицает. В разговоре делится довольно поверхностными планами на будущее. При этом рассматривает вопрос эмиграции из страны в связи с высоким риском уголовного преследования за свою деятельность и желанием сменить обстановку и регион проживания.

Анализ наблюдения:

На момент первичного обращения в юношеском возрасте состояние пациента определялось атипичным депрессивным состоянием с преобладанием явлений негативной аффективности в виде апатии, ангедонии и преходящим возникновением дисфорического аффекта. В структуре состояния отчетливо определяются нарушения влечения, которые отличаются клиническим полиморфизмом включают в себя как химические, так и не химические аддикции. Основу нарушений влечения в данном клиническом случае составляют явления «адреналиномании» заключающиеся в патологическом стремлении к риску с поиском острых ощущений. Резвившееся депрессивное состояние возникло на фоне с одной стороны психотравмирующей провокации с другой постепенно накопившимся пресыщением от аддиктивной деятельности и потерей эффективности стимулов, что характеризует возникшее состояние как аддиктивную депрессию по Loas G. (2005).

Данное состояние развилось у эмоционально-неустойчивой личности, с преобладанием в клинической картине нарушений влечения. Первые клинические

проявления относится к детскому возрасту проявляющиеся в искажённом онтогенезе, опережением в формировании речи, присутствием с раннего возраста явлений гиперактивности, импульсивности с повышенной отвлекаемостью, неусидчивостью и трудностями концентрации внимания, что позволяет диагностировать синдром СДВГ. С раннего школьного возраста отмечается склонность к поиску новизны с быстрым пресыщением стимулов не приносящих удовлетворения, что обуславливает совершение рискованных поступков на фоне снижения потребности в безопасности. В подростковом возрасте отмечается присоединение ситуационно обусловленных аффективных колебаний, интенсивность которых зависела от объекта влечения и эффективности получаемых стимулов, недостаток которых приводил к актуализации поведенческих расстройств с ауто и гетероагрессивным поведением. На протяжении юношеского возраста отмечалось углубление аффективных фаз с присоединением соматовегетативных расстройств и появления компенсационного феномена соматотонии. В результате проведённого стационарного лечения в 2010 году отмечалось установление терапевтической ремиссии с формированием формальной критики к поведенческим расстройствам. На протяжении катамнестического наблюдения психопатологических черты сохраняют свою выраженность с интеграцией аддитивных расстройств в личностную структуру, сохранением интенсивности поведенческих расстройств, что обуславливает относительно неблагоприятный исход по шкале PSP (69). Наследственность отягощена накоплением патохарактерологических черт по обеим линиям, аффективными расстройствами и аддиктивными нарушениями.

Таким образом на основании данных анамнеза с обнаруженным доминированием эмоционально-неустойчивых черт личности с преобладанием нарушений влечения в виде склонности к поиску новизны с быстрым пресыщением стимулов, что в совокупности с психотравмирующими ситуациями приводило к образованию аддитивных депрессий. Дополнительный анализ катамнестического материала указывает на постепенное возрастание влияния аддикций с утратой волевого контроля и критики, что обуславливает **диагноз:**

Пограничное расстройство личности с доминированием явлений «адреналиномании». Состояние декомпенсации.

Наблюдение В. ПРЛ с явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации

Выписка из истории болезни № 220, Пациент Г.Ф.С., 1990 Г.Р., дата поступления 06.02.2010 г., выписка 05.03.2010 г., работает.

Наследственность отягощена накоплением аномальных личностей по обеим линиям. Завершённой суицидальной попыткой у двоюродного деда, злоупотреблениями алкоголя у двоюродной бабушки по линии матери.

Линия матери

Дед (85 лет). По характеру доброжелательный уступчивый. До пенсии работал в милиции, начальником отдела. После выхода на пенсию старается вести активный образ жизни, самостоятельно справляется с бытом.

Бабушка (78 лет). По характеру чрезмерно заботливая, склонная к гиперопеке, при этом вспыльчивая, не терпящая чужого мнения. По образованию медсестра, в настоящее время на пенсии.

Двоюродный дед (1941- 1991 гг). Известно, что на протяжении жизни находился на иждивении родственников, не работал, злоупотреблял алкоголем. В возрасте 50 лет предпринял завершённую попытку суицида через самоповешение.

Двоюродная бабушка, сведения носят отрывочный характер. Известно, что на протяжении жизни злоупотребляла алкоголем, умерла от цирроза печени.

Мать (42 года). По характеру сдержанная, не конфликтная, активная, склонная к гиперопеке. Имеет высшее образование, работает в администрации Морозовской больницы. На протяжении последних лет отмечает появление сниженного фона настроения, потери интереса к жизни.

Линия отца.

Дед (83 года). По характеру безынициативный, пассивный. С семьёй отношения не поддерживает. Известно, что постепенно алкоголизируется. На протяжении последних 5 лет ни с кем из родственников не общался.

Бабка (85 лет). По характеру вспыльчивая, конфликтная. Образование начальное - школьное. Работала на стройках, затем кладовщиком на складе до 77 лет.

Отец (41 год). По характеру, пассивный, замкнутый, временами конфликтный. Образование среднее специальное, на работе долго нигде не удерживался. До последнего времени занимался грузоперевозками. Участия в воспитании не принимал, большую часть свободного времени проводит за рыбалкой, где в компании злоупотребляет алкоголем.

Родился от нормальной протекавшей беременности, роды естественным путем неосложненные. Ранее развитие с опережением. Ходить начал в 7 мес, говорить в 9 мес, фразовая речь с 1,5 года. Первые воспоминания связаны с посещением ДДУ, совместными играми с другими детьми. По характеру формировался общительным, гиперактивным, в тоже время капризным, требующим к себе повышенного внимания. В коллективе сверстников адаптировался, однако в общении был избирателен. Предпочитал, как активные, игры с детьми, с трудом переносил одиночество, не мог найти себе занятие приносящее интерес. С раннего возраста отмечалась склонность к фантазированию, представлял себя участником космических сражений, героем приключенческих рассказов и мифов. До 5 летнего возраста наблюдались страхи темноты, замкнутых пространств. В ночное время возникали кошмарные сновидения, после которых часто проснулся среди ночи, возникало ощущение постороннего в комнате, казалось, что ночной кошмар может продолжиться в реальности. С 6 летнего возраста посещал подготовительные секции, кружки, в коллективах адаптировался с трудом, не любил соблюдать дисциплину, капризничал, из-за чего часто получал нарекания со стороны матери, якобы подвергался вербальной и физической агрессии с ее стороны. С 7 лет пошел в школу, успеваемость по школьным предметам была на достаточно высоком уровне, предпочитал гуманитарные предметы точным, в особенности иностранные языки. В свободное от школы время увлекался спортивными бальными танцами, посещал секции по баскетболу, настольному теннису, выходил с родственниками в

туристические походы, где получил навыки выживания в трудных условиях. В коллективе сверстников адаптировался трудом, часто общался без дистанции, не всегда правильно понимал намерения других детей, за что сверстники нередко сторонились его. При этом не понимал причину, мог вступить в драку.

В подростковом возрасте (12 -13 лет) стал еще более оппозиционным по отношению к родственникам. С этого времени впервые без видимой причины фон настроения стал отчётливо неустойчивым в течение дня, временами становился грустным, подавленным, возникали размышления о бессмысленности собственной жизни, также возникали эпизоды повешенного настроения, когда становился чрезмерно общительным, активным, заводил множество знакомств. С 13 лет начал общаться с компанией асоциальных подростков, употреблял с ними алкоголь, ПАВ, преимущественно марихуану и стимуляторы. Интересовался деятельностью криминальных субкультур участвовал в мошеннических схемах, отбирал деньги у более слабых одноклассников, воровал понравившиеся вещи, деньги из школьных раздевалок. Интерес к противоположному полу с 12 лет, сексуальный опыт с 13, на короткое время встречался с девушками, предпочитал физический контакт, длительным партнёрским отношениям. С 15 лет отмечал усиление колебаний настроения. В период подавленного настроения, отмечал возникновение чувства бесперспективности своего будущего, на высоте состояния однократно наносил себе поверхностные порезы в области предплечья (следов не осталось). Появилась склонность к риску и азарту, стал чаще употреблять алкоголь и эйфоретики, участвовал в криминальных переговорах, был свидетелем противоправных уголовных преступлений. Не испытывал сопереживания к пострадавшим, отмечал отсутствие сожаления, угрызения совести, что помогало с легкостью нарушать общепринятые социальные нормы. В 16 лет для улучшения фона настроения совершал различные действия хулиганского характера. Так однажды поджег пьяного бездомного, угонял автомобиль родителей, управлял им в состоянии алкогольного и наркотического опьянения. Несмотря на это успеваемость в школе была на достаточно высоком уровне (без 3), с легкостью сдавал в последний момент контрольные и проверочные работы, участвовал в олимпиадах, занимал

призовые и конкурсные места. В 10 классе (17 лет), после якобы несправедливо поставленной оценки, вступил в конфликт с учителем, использовал нецензурную брань в адрес учителя и администрации школы. Был переведен родителями в лицей, где в коллективе адаптировался, с учителями находился в напряженных отношениях, отказывался подчиняться замечаниями и коррекцией учителей. В свободное время занимался с репетиторами, готовился к поступлению в престижный ВУЗ. Экзамены ЕГЭ сдал на удовлетворительные оценки, по протекции родителей поступил в государственный институт управления на факультет отраслевого менеджмента.

В 18 лет (2008 год) фон настроения сохранялся неустойчивым, переехал в Москву приступил к обучению в Вузе. С учебой справлялся, успеваемость была на достаточно высоком уровне. В поведении стал упорядочение, не стремился к активной криминальной деятельности. Безболезненно сменил круг общения, в коллективе других студентов адаптировался легко, приобрел новых друзей, проживал вместе с ними на съёмной квартире. Продолжал с легкостью строить отношения с девушками, вступал в беспорядочные половые связи. Дома часто устраивал вечеринки, где злоупотреблял алкоголем, на одной из них в состоянии алкогольного опьянения применил действия насильственного характера к девушке, с которой состоял в приятельских отношениях, на протяжении нескольких дней удерживал ее в квартире, принуждал к сексуальным отношениям. Впоследствии свое поведение амнезировал, к уголовному и юридическому преследованию не подвергался. После того как осознал содеянное, испытывал чувство стыда, опасался, что о его поступке узнают общие знакомые, другие студенты ВУЗа, при этом не испытывал сожаления к потерпевшей, больше беспокоился за свою репутацию, за возможность уголовного преследования. К трудоустройству не стремился, зарабатывал средства, через сомнительные спортивные прогнозы и ставки, организовал бизнес по написанию дипломов и курсовых работ. Временами отмечал ухудшение состояния, усиливались колебания настроения, испытывал выраженную тревогу за будущее, чувство внутреннего напряжения. В свободное время, продолжал употребление психоактивных средств, принимал алкоголь, для

облегчения своего состояния. В состоянии опьянения продолжал совершать рискованные поступки, гулял в заброшенных зданиях, управлял автомобилем в состоянии алкогольного и наркотического опьянения. Отчетливое ухудшение состояния с января 2009 года, когда на фоне неудачной попытки завязать романтические отношения с понравившейся девушкой, повышенной нагрузкой на учебе и финансовыми трудностями в ведении бизнеса, настроение стойко снизилось, с чувством тоски подавленности, бесперспективности своего будущего, актуализировались антивитаальные размышления, появились суицидальные мысли, пассивно размышлял и представлял собственную смерть. Снизилась активность, деятельность, стал менее успешным в финансовых проектах, пропускал учебу, сниженный фон настроения заглушал приёмом психотропных средств. К лету 2009 года настроение стало ближе к приподнятому, успешно закрыл учебную сессию. По конкурсной программе уехал на заработки в США, где находился на протяжении 3 месяцев, успешно справлялся с работой, адаптировался в условиях общежития - коммуны. В свободное от работы время проводил в компании местных студентов, употреблял каннабиноиды, алкоголь в умеренных количествах. Стремился не нарушать местных законов, путешествовал по стране, изучал объекты культурного наследия. Состояние вновь ухудшилось по возвращению в Россию, стал более безынициативным, пассивным, фон настроения стал несколько сниженным. К обучению в Вузе не вернулся, продолжил заниматься предпринимательской деятельностью. Свободное время проводил за общением с друзьями, вернулся к употреблению стимуляторов, пытался таким образом вернуть прежнюю активность, продуктивность.

Настоящее ухудшение состояния с октября 2010 года, когда стал пассивным, безынициативным, большую часть времени проводил дома в одиночестве, временами возникало ощущение подавленности, беспричинной грусти. Чаще злоупотреблял ПАВ, алкоголем, в основном в одиночестве. Постепенно состояние ухудшилось, появилась тревога, возникло чувство неестественности окружающей обстановки, как будто все ненастоящее, через стекло. На высоте состояния возникало ощущение потери собственной идентичности, не понимал как

испытывает эмоции и что их побуждает. Отмечал возникновение ощущений, что руки «выкручиваются», занимают необычное положение. Замечал появление в голове «музыки», которая играла снаружи головы, мешала мышлению. При засыпании появились наплывы мыслей, в основном негативного содержания, временами возникало ощущение, что в комнате находится посторонний, слышал подозрительные шорохи, шумы. Замечал появление хлопков внутри головы, которые приводили к пробуждению. На улице стал замечать подозрительные взгляды, возникало ощущение, что окружающие что-то про него знают, изучают его. В общении с близкими друзьями был подозрителен, считал, что от него что-то скрывают, недоговаривают. С конца октября обратился этими жалобами частным образом к психиатру, получал терапию Duloxetine, Quetiapine. С минимальным положительным эффектом, редуцировалось тревога, однако сохранилось сниженное настроение, отсутствие мотивации к любой деятельности и безынициативность, чувство отчужденности собственных эмоций, неестественность окружающей обстановки. В декабре 2009 Самостоятельно отменил терапию, отмечал на этом фоне ухудшение своего состояния, усилились суицидальные размышления, повторно обращался к психиатрам, однако назначенную терапию не принимал, продолжал злоупотреблять стимуляторами. Свободное время проводил за просмотром порнографии различного характера. После просмотра гомосексуальной порнографии испытал сексуальное возбуждение, появились тревога, что может стать гомосексуалистом, постоянно размышлял о этом опыте. Замечал, что мысли о возможной гомосексуальности субъективно неприятны, однако не мог избавиться от них волевым усилием. На протяжении января 2010 года постоянно размышлял о своей возможной ориентации, отмечал, что мысли о гомосексуальной ориентации мешают ему вести половую жизнь с девушками, стал еще более вспыльчивым и раздражительным, на протяжении недели изучал медицинскую и психологическую литературу, проходил тесты на сексуальную ориентацию. В январе 2010 года амбулаторно был оформлен академический отпуск в ВУЗе, большую часть времени находился дома, был бездеятелен, не испытывал ни к чему интереса, отказывался от встреч с

друзьями и девушкой. Повторно обратился в клинику НЦПЗ, был госпитализирован в 4 отделение.

Соматическое состояние. Нормостенического телосложения, нормального питания. ИМТ = 22,5. Шрамы на бедре, татуировки, шрам после аппендэктомии. Грудная клетка правильной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Область сердца не изменена, ритм правильный, тоны сердца приглушены, ЧСС 98 в мин, АД 121/77 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Периферических отеков нет. Диурез достаточный.

Неврологическое состояние: Лицо симметрично, язык по средней линии. Глазные щели симметричны, OS=OD. Зрачки D=S. Нистагм, анизокория не наблюдаются. Сухожильные рефлексы в норме, патологические рефлексы отсутствуют. Парезов, параличей нет. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет.

Психический статус.

Ориентирован всесторонне верно. Выглядит младше своего возраста. Входит в кабинет несколько замедленной, вальяжной походкой. Сидит в свободной позе, раскинувшись в кресле. Жестикуляция активная, соответственно теме беседы. Выражение лица грустное, печальное. Мимика оживлена, в беседе иронично улыбается. Демонстративен, когда вопросы касаются эмоционально значимых тем, начинает закрывать лицо руками, закатывать глаза, сопровождает свои жалобы активной жестикуляцией. Голос средней громкости интонационно выразительный. Зрительный контакт с собеседником поддерживает, взгляд внимательный, напряженный. На вопросы отвечает не всегда последовательно, уклончиво, после пауз.

Жалуется на сниженное настроение, с чувством тоски, подавленности. Испытывает трудности в понимании собственных эмоций и эмоций других людей. Сообщает, что ранее употреблял алкоголь и ПАВ пытался «вернуть» эмоции, улучшить свое настроение. Замечает уменьшение потребности в общении, сужение социальных контактов. Отмечает отсутствие мотивации к любой деятельности,

безынициативность, не испытывает удовольствия от любой деятельности, оставил учебу, не поддерживает бизнес. Беспокоят трудности в концентрации внимания, сосредоточения и осмысления. Замечает изменение восприятия окружающего, возникает ощущение, что все ненастоящее как через стекло, чувствует изменение внешности рук, замечает их неестественность, уменьшение размера. Периодически слышит музыку снаружи головы, которая отвлекает от выполнения бытовых обязанностей. В течение дня беспокоит тревога, которая усиливается в основном в вечернее-ночное время. Аппетит снижен. Сон нарушен по типу частых пробуждений и трудностей засыпания. Антивитальные мысли признает в прошлом, в настоящее время отрицает.

В динамике: на протяжении 2 недель фон настроения постепенно выровнялся, уменьшилось чувство подавленности, тоски, адаптировался в условиях отделения, охотно общался с другими больными, играл на музыкальных инструментах, работал за компьютером. Режим отделения соблюдал, но впоследствии было обнаружено, что ведет блог в социальных сетях, где делится своим опытом нахождения в стационаре. При сборе анамнестических сведений, отказался от предоставления контактов родственников, не хотел, чтобы о его состоянии знал кто-то кроме лечащего врача. Сохранялись жалобы на отсутствие положительных эмоций, ощущение собственного бесчувствия, неспособность к сопереживанию другим людям. Постепенно на фоне терапии и психотерапии сформировались планы на будущее, появилась критика к перенесённому состоянию и поступкам в прошлом. Планирует вернуться к учебе, продолжить предпринимательскую деятельность. Выписывается с улучшением состояния, с рекомендацией приема поддерживающей терапии, психотерапии

Катамнестическое наблюдение, амбулаторный осмотр 06.10.2021.

После выписки из клиники состояние с положительной динамикой вернулся к предпринимательской деятельности, в которой успешно реализовался. Успешно закончил учебу в ВУЗе. Поддерживающую терапию принимал длительно с эффектом (около 1 года). На протяжении катамнестического наблюдения отмечались эпизодические ухудшения состояния, провоцируемые употреблением

ПАВ, на фоне приема которых возникала подозрительность и чувство угрозы, со снижением фона настроения, потерей способности получать положительные эмоции, появлением подавленности, отсутствием мотивации к любой деятельности. Продолжал наблюдение у психиатра, посещал психотерапию с эффектом. Периодически наблюдался у психиатров, кратковременно возвращалась поддерживающая терапия. Последнее ухудшение психического состояния осенью 2016 года, когда на фоне финансовых проблем, и трудностей в ведении бизнеса и неудач в личных отношениях постепенно снизилось настроение с преобладанием подавленности, стал более раздражительным, пассивным, перестал интересоваться происходящим вокруг, размышлял о собственной несостоятельности. Для облегчения своего состояния употреблял крепкие спиртные напитки. В связи с ухудшением повторно обращался к психиатрам, проходил длительный многолетний курс психотерапии, которую завершил в 2019 году. Отмечал улучшение своего состояния, с 2017 года состоит в стабильных романтических отношениях, которые продолжаются по настоящее время. Эпизодически возникают конфликты с избранницей, на высоте которых может проявлять вербальную агрессию. На протяжении последнего года стал более фиксированным на своем физическом состоянии, регулярно посещает врачей с целью обследования и профилактики различных заболеваний.

На момент осмотра в беседу вступает охотно. Мимика несколько оживлена, в разговоре может улыбнуться. На вопросы отвечает по существу подробно. Активно жалоб не предъявляет, но упоминает о периодически возникающей тревоге за свое будущее и состояние здоровья. На момент осмотра суицидальные мысли, желание нанести себе самоповреждения отрицает. К своему состоянию относится с критикой, настроен на амбулаторное наблюдение и при необходимости лечение.

Анализ наблюдения:

Больной перенес в юношеском возрасте атипичное депрессивное состояние с преобладанием тоскливо апатического аффекта, ангедонии, с суточным ритмом по типу «двойного ухудшения», нарушениями сна и аппетита с явлениями

деперсонализации, когнитивными расстройствами и диссоциативной симптоматикой, потерей собственной идентичности в сочетании с явлениями аффективной нестабильности, нарушениями влечения, сопровождающиеся на высоте состояния выраженными поведенческими расстройствами, достигающих степени гебоидных с ауто - и гетероагрессивным поведением.

Личность больного из круга эмоционально-неустойчивых. Первые клинические проявления относятся к детскому возрасту, проявляющиеся в искажённом онтогенезе, опережением в формировании речи, присутствием с раннего возраста полиморфной картины психопатологических расстройств, включающих в себя аффективную нестабильность, нарушения влечения и диссоциативные состояния, которые усиливаются в юношеском возрасте.

На фоне стационарного лечения в 2010 году и дальнейшего длительного психотерапевтического и фармакологического лечения отмечалась стабилизация личностных характеристик с установлением терапевтической ремиссии и компенсации достаточно высокого качества. По данным катamnестического исследования отмечалась постепенная стабилизация психопатологических характеристик с достаточно высоким уровнем функционирования и относительно благоприятным исходом PSP (80).

Наследственность отягощена накоплением патохарактерологических черт по обеим линиям, аффективными расстройствами, наличием завершённого суицида у родственников по II линии.

Таким образом динамика личностной патологии характерна для ПРЛ с явлениями аффективного шторма. Обращает на себя внимание наличие сезонный аффективный фаз, которые по степени выраженности не достигают уровня биполярного аффективного расстройства.

Диагноз: Пограничное расстройство личности с преобладанием “когнитивной диссоциации” и нарушениями самоидентификации. Состояние терапевтической ремиссии.

