



Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе

Н.Н. Петрова¹✉, Д.И. Чарная^{1, 2}, Е.М. Чумаков^{1, 2}

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; Россия, г. Санкт-Петербург

² СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»; Россия, г. Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Цель: обзор и анализ имеющейся современной отечественной и зарубежной литературы, посвященной пограничному расстройству личности.

Основные положения. Обзор посвящен пограничному расстройству личности, актуальность которого обусловлена, в частности, высокой частотой самоповреждающего поведения и коморбидных психических расстройств. Приводятся данные о его распространенности, исторических вехах формирования концепции пограничного расстройства личности, диагностических критериях в МКБ-11 и DSM-5. Дается характеристика клинических проявлений пограничного расстройства, освещаются подходы к дифференциальной диагностике с расстройствами шизофренического и аффективного спектра.

Заключение. Анализ литературы показал возросшую в последние годы как теоретическую, так и практическую значимость пограничного расстройства личности.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, распространенность, клинические характеристики, диагностика, дифференциальная диагностика, аффективные расстройства, шизофрения.

Вклад авторов: Петрова Н.Н. — определение цели обзора, разработка его плана, проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Чумаков Е.М. — определение цели обзора, разработка его плана, интерпретация литературных источников, проверка критически важного содержания; Чарная Д.И. — поиск и обработка литературных источников, подготовка текста рукописи, проверка критически важного содержания.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Чумаков Е.М. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе. Доктор.Ру. 2022; 21(8): 66–71. DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71



Borderline Personality Disorder: Diagnosis

N.N. Petrova¹✉, D.I. Charnaya^{1, 2}, E.M. Chumakov^{1, 2}

¹ St. Petersburg State University; 7-9 Universitetskaya nab., St. Petersburg, Russian Federation 199034

² P.P. Kaschenko Psychiatric Hospital No. 1; 12 Kanonerskaya Str., St. Petersburg, Russian Federation 188357

ABSTRACT

Objective of the Review: To collect and analyse the available Russian and foreign literature sources in borderline personality disorder.

Key Points. The review is dedicated to the borderline personality disorder, which is partially relevant due to a high rate of self-injurious and psychiatric co-morbidities. The data on morbidity, milestones in the development of the notion of the borderline personality disorder, and diagnostic criteria in ICD-11 and DSM-5 are presented. Clinical signs of a borderline personality disorder are characterised, and approaches to the differential diagnosis of schizophrenic and affective disorders are discussed.

Conclusion. A review of literature sources demonstrated a higher theoretical and practical importance of the borderline personality disorder.

Keywords: borderline personality disorder, prevalence, clinical profile, diagnosis, differential diagnosis, affective disorders, schizophrenia.

Contributions: Petrova, N.N. — objective of the review, plan of the review, review of critically important material, approval of the manuscript for publication; Chumakov, E.M. — objective of the review, plan of the review, literature sources interpretation, review of critically important material; Charnaya, D.I. — search and literature sources processing, preparation of the text, review of critically important material.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Petrova N.N., Charnaya D.I., Chumakov E.M. Borderline Personality Disorder: Diagnosis. Doctor.Ru. 2022; 21(8): 66–71. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) затрагивает 2,7–5,9% населения, в то время как от шизофрении и биполярного аффективного расстройства (БАР) вместе страдают 2,25% людей. В психиатрические больницы госпитализируются 20% лиц с ПРЛ, психиатрическую помощь амбулаторно получают 10% [1]. По данным M. ten Have и соавт., 30% популяции имеют симптомы ПРЛ, причем 1–2 симптома отмечаются у 25%, 3–4 симптома — у 4%, 5 и более симптомов — у 1,1% [2]. Ряд исследователей полага-

ют, что ПРЛ больше распространено среди лиц моложе 30 лет, одиноких или разведенных, с низким доходом и образованием ниже среднего [1, 3]. Систематический обзор и метаанализ на примере 113 998 обследованных показал, что распространенность расстройств личности в общей популяции взрослых в западных странах достигает 12,16% [95% ДИ 8,01–17,02%], а общая оценка распространенности ПРЛ (входит в кластер В) составила 1,9% [0,85–3,34%] [4]. Показатели распространенности ПРЛ среди стационарных и амбулаторных

✉ Петрова Наталия Николаевна / Petrova, N.N. — E-mail: petrova_nn@mail.ru

психиатрических пациентов колеблются от 12 до 22% [5]. Полагают, что ПРЛ чаще встречается у женщин [6], однако наряду с этим есть мнение об отсутствии половых различий распространенности ПРЛ [7].

Актуальность ПРЛ также обусловлена высокой частотой самоповреждающего поведения — частота его достигает 75% случаев [8]. Риск самоубийства у пациентов с ПРЛ в 40 раз выше, чем в популяции, 8–10% пациентов совершают законченный суицид. Характерна высокая коморбидность ПРЛ с психическими расстройствами — до 85,7%. Около 70% пациентов с ПРЛ имеют сопутствующий наркологический диагноз [3].

Развитие понятия «Пограничное расстройство личности» имеет сложную историю, концепция которого возникла из нескольких источников [9, 10]. Впервые выделение этой группы пациентов произошло в период доминирования психоаналитической парадигмы в зарубежной психиатрии в первой половине XX в. на основании признака неэффективности психоаналитической терапии у не похожих на классических психотических пациентов. Первым использовал понятие «пограничный» А. Stern, обозначая, что эти пациенты «граничат» с шизофренией [11]. Это соответствовало представлению о субпсихотических формах шизофрении, первоначально описанных как латентная, псевдоневротическая или пограничная шизофрения, или «пограничный синдром Hoch-Polatin». Понятие включало в себя основные симптомы шизофрении по Э. Блейлеру, такие как аффективные расстройства, формальные расстройства мышления, амбивалентность, расстройства самосознания и другие признаки дезинтегративных пограничных расстройств [12]. На разработку критериев ПРЛ повлияла структурно-динамическая концепция пограничной личности. О. Kernberg выделил «пограничных» пациентов, находящихся между психотическими и условно здоровыми пациентами с невротическими расстройствами, характеризующихся размытой личностной идентичностью и специфическими паттернами защитных механизмов (расщепление) [13]. Концепция О. Kernberg была трансдиагностической дименсиональной системой, применимой к разным категориям расстройств личности [12].

Некоторыми авторами поднимается вопрос правомерности диагноза ПРЛ и самой концепции «пограничной» личности. К аргументам «против» данного диагноза относят слишком широкий спектр клинических проявлений ПРЛ, частое «перекрещивание» диагностических критериев с другими психиатрическими диагнозами [14, 15]. Высказано мнение, что «пограничный» — неправильное название; категория ПРЛ не была подтверждена, и случаи ПРЛ могут быть атипичными формами других психических расстройств [16].

Тем не менее признание ПРЛ как психического расстройства произошло в 1980 г., когда оно было введено в 3-е издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM). В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) пограничный тип рассматривался в рамках «Эмоционально неустойчивого расстройства личности». В DSM-5 перечислены 10 расстройств личности, разделенных на 3 кластера (А, В и С). ПРЛ вместе с антисоциальным, нарциссическим и истерическим расстройствами личности относится к кластеру В. Согласно DSM-5 ПРЛ проявляется эмоциональной нестабильностью, нарушениями межличностных отношений, импульсивностью, особенностями когнитивного функционирования. Эмоциональная нестабильность характеризуется аффективной неустойчивос-

тью, чрезвычайно переменчивым настроением, постоянным чувством опустошенности и неадекватным гневом. Трудности межличностного взаимодействия обусловлены страхом быть покинутым и нестабильностью взаимоотношений. С импульсивностью связывают рецидивирующее суицидальное поведение. Когнитивная сфера отличается выраженной и постоянной неустойчивостью образа или чувства Я; преходящими, вызываемыми стрессом бредовыми идеями или выраженными диссоциативными симптомами. Симптомы ПРЛ должны проявляться в раннем взрослом или в подростковом возрасте.

С позиции DSM-5 расстройства личности представляют собой качественно различные клинические синдромы. Однако этот диагностический подход был подвержен критике из-за диагностического совпадения расстройств личности с другими расстройствами, произвольного порога начала, низкой надежности и плохой эмпирической базы. Из-за этих ограничений в DSM-5 была дополнительно представлена Альтернативная модель расстройств личности (AMPD), содержащая общие критерии для расстройств личности. Критерий А оценивается Шкалой степени функционирования личности, причем нарушение функционирования личности предсказывает наличие расстройства личности, а тяжесть нарушения говорит, есть ли у пациента более одного расстройства личности или одно из наиболее тяжелых расстройств личности. Критерий В отвечает за наличие патологических черт личности, подразделяющихся на пять областей: негативная аффективность (частое переживание отрицательных эмоций), отрешенность (избегание социально-эмоционального опыта), антагонизм («противостояние» с людьми), расторможенность (ориентированность на получение немедленного удовлетворения, ведущая к импульсивному поведению) и психотизм. Типы расстройств личности, которые могут быть диагностированы с помощью этой модели, включают антисоциальное, избегающее, нарциссическое, обсессивно-компульсивное, шизотипическое и пограничное расстройство. С позиции критерия В ПРЛ характеризуется негативной аффективностью (выраженной в виде эмоциональной лабильности, тревожности, трудностей переживания расставания и депрессивности), расторможенностью (выраженной в виде импульсивности и рискованного поведения) и антагонизмом (враждебностью). Для постановки диагноза ПРЛ необходимо наличие 4 и более из указанных патологических черт личности, одной из которых обязательно должна быть импульсивность, или рискованное поведение, или враждебность. Несколько исследований поддержали критерии AMPD, предложенные для ПРЛ [17–21].

В МКБ-11 предложен новый подход к оценке расстройств личности, конкретный тип расстройства личности отсутствует, учитывается степень тяжести и выдающиеся патологические черты личности, за исключением дополнительного спецификатора для «пограничного типа», который требует наличие по крайней мере 5 из 9 критериев, адаптированных из DSM-5 для ПРЛ и имеющих место в жизни пациента в течение 2 лет и более [22]. Пограничный паттерн в МКБ-11 может быть применен в отношении лиц, личностные нарушения у которых характеризуются тотальным проявлением нестабильности межличностных отношений, образа себя и эмоциональных состояний, а также выраженной импульсивностью, на что указывают многие из следующих признаков: непереносимость реального или воображаемого отказа; паттерн нестабильных и эмоционально насыщенных межличностных отношений; нарушение личностной идентичности, проявляющееся в стойко выраженном нестабильном образе себя

или чувстве собственного «Я»; склонность действовать опротивительно в состоянии сильного негативного аффекта, что может приводить к потенциально саморазрушающему поведению; повторяющиеся эпизоды самоповреждения; эмоциональная нестабильность из-за выраженной реактивности настроения; хроническое чувство пустоты; неадекватный интенсивный гнев или трудности с контролем гнева; преходящие диссоциативные симптомы или сходные с психотическими проявления в ситуациях повышенного эмоционального возбуждения.

Психотические переживания часто встречаются при ПРЛ, примерно у 75% пациентов наблюдаются диссоциативные симптомы или бред [23], около 9–30% обследованных испытывают галлюцинации [24], в частности, слуховые [25], императивного характера [26]. В ряде исследований при ПРЛ были выделены деперсонализация (30–85% случаев); дереализация (30–92%); параноидные идеи (32–100%); зрительные галлюцинации (77–88% случаев) [27]. Реже описываются спутанность мыслей (52% случаев); магическое мышление (34–68%); идеи отношения (49–74%); странная речь (30–59%); другие нарушения мышления (39–68%) [28].

ПРЛ ассоциируется не только с психопатологической симптоматикой, но и с рядом «вторичных проблем», таких как низкий профессиональный уровень и академическая неуспеваемость, отсутствие долгосрочных романтических и дружеских отношений, большое количество партнеров, постоянные конфликты с партнерами, рискованное поведение [29, 30].

Деадаптивные черты личности, такие как импульсивность, эмоциональная реактивность и негативная аффективность, могут наблюдаться уже в детстве, но становятся явными только при переходе к подростковому возрасту [1, 31–34]. Около 32% взрослых пациентов с ПРЛ ретроспективно сообщили о том, что начало самоповреждающего поведения у них произошло в возрасте до 13 лет, у 30% это поведение началось в возрасте 13–17 лет, причем раннее начало ассоциировалось с большим количеством эпизодов самоповреждения и более злокачественным течением расстройства [35]. Пиковая частота симптомов ПРЛ, по-видимому, приходится на возраст 14 лет [36].

В датском исследовании 2016 г. на примере 10 876 пациентов показано, что 70% пациентов с ПРЛ ранее был установлен иной диагноз, в основном аффективных расстройств или расстройств, связанных со стрессом [37]. ПРЛ зачастую ошибочно диагностируется как БАР, шизофрения, большое депрессивное расстройство, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, посттравматическое стрессовое расстройство. В 17% случаев у пациентов с БАР было неверно диагностировано ПРЛ [38].

Проведено исследование, оценивающее способность психиатров распознать ПРЛ, которое показало, что 83,8% врачей установили диагноз неверно. Наибольшее количество неправильных ответов было связано с ошибочной диагностикой аффективных (29,7%), истерического (27%) и диссоциального (13,5%) расстройств личности. В 5,5% случаев ошибочно было диагностировано органическое расстройство личности, в 8,1% — неуточненное. Внимание врачей фокусировалось на периодах «подъема» или «спада» при игнорировании образа жизни пациентов, импульсивности и реактивности настроения [39].

Полагают, что для диагностики ПРЛ особенно важна констатация нарушения собственной «идентичности» [40]. Идет изучение нейрокогнитивного профиля пациентов с ПРЛ, при этом обнаружены нарушения внимания, исполнительских функций [41–44], однако специфических, значимых

для дифференциальной диагностики нейрокогнитивных нарушений не выявлено [45].

Возникает трудность в отграничении ПРЛ от других типов расстройств личности вследствие размытости границ между ними. Так, ПРЛ имеет общие черты с истерическим, шизотипическим и зависимым расстройствами личности. Истерическое расстройство личности (F60.4 по МКБ-10) может также характеризоваться быстро сменяющимися эмоциями, поиском внимания и признания окружающих (зависимостью от мнения окружающих), однако пациенты с этим расстройством не обнаруживают саморазрушающего поведения и хронического чувства пустоты [46]. При шизотипическом расстройстве личности, как и при ПРЛ, могут присутствовать параноидные идеи или расстройства восприятия, однако при ПРЛ эти симптомы являются более преходящими, реактивными и дают ответ на внешнее структурирование. Пациенты с зависимым расстройством личности демонстрируют нестабильное самовосприятие и страх быть покинутыми, но при разрыве близких отношений начинают искать им замену, принимая факт расставания, в то время как пациенты с ПРЛ реагируют на разрыв импульсивным поведением и агрессией. ПРЛ можно отличить от зависимого расстройства личности по типичной для ПРЛ модели нестабильных и интенсивных отношений.

Возникает вопрос дифференциальной диагностики ПРЛ с аффективными расстройствами. Колебания настроения, трудности контроля гнева и импульсивность характерны и для ПРЛ, и для БАР [47–49]. Есть указания на атипичность депрессии при ПРЛ в виде гиперсомнии, увеличения аппетита и веса, утомляемости [50]. Склонность к хронизации депрессии, характерная для БАР-II, является фенокопией относительно стабильного стереотипа ПРЛ [51]. Трудности с контролем гнева при ПРЛ могут быть расценены как симптомы гипомании при БАР II типа, колебания настроения — как БАР со «сверхбыстрой цикличностью» [52], трудности в межличностных отношениях — как депрессивная симптоматика при БАР [49]. Важным дифференциально-диагностическим признаком ПРЛ служит «реактивность» настроения, т.е. появление депрессии в ответ на внешние факторы, прежде всего, проблемы межличностных отношений, плохой или недостаточный ответ только на психофармакотерапию [53]. В отличие от ПРЛ депрессия в рамках БАР носит преимущественно аутохтонный характер, имеет затяжное течение, характеризуется значительными изменениями уровня энергии и активности [52]. При БАР настроение является более устойчивым и менее реактивным (фазы могут длиться от нескольких дней до нескольких лет) [46]. Импульсивность более типична для ПРЛ, чем для БАР, причем с годами имеет тенденцию к снижению [54]. Импульсивность при БАР меняется в зависимости от аффективных циклов, при этом пациенты с БАР могут проявлять импульсивность и в субсиндромальных состояниях [49]. При ПРЛ частота суицидальных попыток и актов самоповреждения выше, чем при БАР [55]. При дифференциальной диагностике важно учитывать, имеют ли место аффективная нестабильность и импульсивность в контексте дискретных эпизодов или эти симптомы представляют перманентный паттерн функционирования. Кроме того, следует помнить, что клиническая картина может быть результатом коморбидности, сочетания этих расстройств [56].

До настоящего времени не нашел окончательного решения вопрос о диагностической самостоятельности ПРЛ либо его принадлежности к биполярному спектру, тем не менее большинство современных исследователей

признают БАР и ПРЛ отдельными психическими расстройствами, что не исключает возможности их сосуществования у одного пациента [1]. Проблема дифференциальной диагностики БАР и ПРЛ особенно актуальна с учетом различий в терапии этих расстройств: в первом случае наиболее эффективна фармакотерапия стабилизаторами настроения, во втором — психотерапия при дополнительной лекарственной поддержке. Исследования показывают, что у пациентов с ПРЛ редко происходит улучшение состояния при приеме стабилизаторов настроения [57], которые могут оказывать влияние на импульсивность, но не на настроение пациентов с ПРЛ [58]. Антидепрессанты и антипсихотики второго поколения также более эффективны при БАР. Эффект от применения психотерапии в качестве единственного метода лечения БАР, как правило, слабый и нестойкий [16].

Диагностические критерии ПРЛ «расстройство самоидентификации» и «хроническое чувство пустоты» относятся к неоднозначным феноменам, которые изначально приписывались расстройствам шизофренического спектра [9]. Критериям ПРЛ соответствуют 15–17% лиц с клинически высоким риском развития психоза [59]. Возможность возникновения при ПРЛ параноидных идей и тяжелых диссоциативных симптомов требует дифференциальной диагностики с шизофренией. Коморбидное ПРЛ имели 25% пациентов отделения первого психотического эпизода [60].

В эмпирическом исследовании ($n = 30$) состояние большинства пациентов с диагностированным ПРЛ соответствовало критериям расстройства шизофренического спектра (66,7% по DSM-5 и 76,7% по МКБ-10) и шизофрении (20,0% по DSM-5 и МКБ-10). У 40% пациентов, которым не был установлен диагноз шизофрении, имели место «квазипсихотические эпизоды» [12]. Наиболее часто определялись диагностические критерии шизотипического расстройства, «неадекватный или сдержанный аффект» и «необычные феномены восприятия», тогда как к наименее частым относились характерные для ПРЛ «импульсивность» и «напряженные и нестабильные отношения».

В другом исследовании ($n = 50$) квазипсихотические мысли, характеризующиеся преходящими (длящимися менее 2 дней), ограниченными (затрагивающими не более 2 сфер жизни) или атипичными (основанными на реальности или совершенно фантастическими) психотическими переживаниями, наблюдались у 40% пациентов с ПРЛ, у 1,8% пациентов с другим расстройством личности и ни у кого из пациентов с шизофренией, тогда как только пациенты с шизофренией сообщили об истинных психотических мыслях, определяемых как длительные, широко распространенные, причудливые и стереотипные психотические симптомы, т. е. симптомы шизофрении первого ранга по К. Шнайдеру. Об одном или нескольких психотических эпизодах в течение жизни сообщили 14% пациентов с ПРЛ и 2,6% пациентов с другим расстройством личности [23]. У пациентов с ПРЛ они возникали только в контексте сопутствующего расстройства употребления психоактивных веществ или сопутствующего аффективного расстройства [61].

Квазипсихотические мысли чаще встречались при ПРЛ, чем при шизофрении (82,1 и 50%, соответственно; $p = 0,024$); тогда как истинное психотическое мышление (т. е. шнайдеровские психотические симптомы первого ранга, длительные, распространенные и причудливые) чаще встречались при шизофрении (100 и 46,4%, $p < 0,001$). Однако оба типа психотических нарушений были распространены в обеих

группах. Небредовая паранойя (например, необоснованная подозрительность и идеи отношения) была распространена в обеих группах, но была более выраженной у пациентов с ПРЛ, чем у пациентов с шизофренией ($p = 0,001$). В группе ПРЛ наблюдалась сильная отрицательная корреляция между личностным и социальным функционированием и непсихотической паранойей ($p = 0,002$), а уровень личностного и социального функционирования был значимым предиктором ее тяжести только в группе с ПРЛ ($p = 0,008$) [62].

Для диагностики ПРЛ тяжесть и продолжительность психотических эпизодов не должны соответствовать диагнозу психотического расстройства, а развитие психотических симптомов (например, галлюцинации, искажение образа тела, идеи отношения) в связи со стрессом свидетельствует в пользу диагноза ПРЛ [63–67].

Гипотеза о «пограничности» и близости ПРЛ с шизофренией не нашла подтверждения. Обнаружено, что пациенты с ПРЛ нуждаются в межличностных отношениях, крайне эмоциональны, а психотические феномены возникают именно в стрессовых ситуациях [68]. Решающая роль в появлении психотических переживаний при ПРЛ — как бреда, так и галлюцинаций — отводится стрессу, связанному с нарушением межличностного функционирования [69].


Отдельного внимания для проведения дифференциальной диагностики с ПРЛ требует посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Около половины пациентов с ПРЛ соответствуют критериям ПТСР [70]. J.L. Herman и соавт. описали сходство нарушений при ПРЛ и ПТСР в основных областях регуляции эмоций, контроля импульсов, тестирования (проверки) реальности, межличностных отношений и саморегуляции [71]. Согласно критериям DSM-5, ПРЛ и ПТСР могут включать диссоциативные симптомы [72]. Высокая частота ранней психотравмы положена в основу альтернативной модели ПРЛ как травматического расстройства, возникающего в результате детской психотравмы [73]. Основным критерием ПТСР выступает подверженность стрессовому событию, как правило, экстремального или длительного характера, избежать которое затруднительно или невозможно. Для ПТСР характерно повторное переживание травмы в настоящем, избегание напоминаний о травме и постоянное восприятие текущей угрозы. Для развития ПРЛ наличие травматического события в прошлом не является облигатным. ПРЛ характеризуется страхом быть покинутым, изменениями идентичности и частым суицидальным поведением. При комплексном (осложненном) ПТСР страх быть покинутым не является обязательным составляющим расстройства, а самоидентификация, скорее, стабильно негативная, чем меняющаяся [74].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделение ПРЛ в отдельную нозологическую единицу в МКБ-11, разработка диагностических критериев свидетельствуют о возросшей в последние годы как теоретической, так и практической значимости ПРЛ. Отсутствие четких диагностических границ обуславливает необходимость дифференциальной диагностики ПРЛ и расстройств аффективного и шизофренического спектра, других расстройств личности и ПТСР. Признаки ПРЛ не являются неизменными на протяжении всей жизни, носят динамический характер в зависимости от внешних факторов [75]. Необходимы постоянное наблюдение и корректировка терапии у пациентов с ПРЛ [76], многоцентровые исследования с большими выборками пациентов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry.* 2008; 69(4): 533–545. DOI: 10.4088/jcp.v69n0404
2. ten Have M., Verheul R., Kaasenbrood A. et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 249. DOI: 10.1186/s12888-016-0939-x
3. Tomko R.L., Trull T.J., Wood P.K., Sher K.J. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J. Person. Disors.* 2014; 28(5): 734–750. DOI: 10.1521/pedi_2012_26_093
4. Volkert J., Gablonski T.C., Rabung S. Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry.* 2018; 213(6): 709–715. DOI: 10.1192/bjp.2018.202
5. Ellison W.D., Rosenstein L.K., Morgan T.A., Zimmerman M. Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2018; 41(4): 561–573. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.008
6. Stoffers-Winterling J., Krause-Utz A., Lieb K., Bohus M. Was wissen wir heute über die Borderline-Persönlichkeitsstörung? Aktuelles zu Ätiologie, Diagnostik und Therapie. *Nervenarzt.* 2021; 92(7): 643–652. DOI: 10.1007/s00115-021-01140-x
7. Leischnering F., Leibing E., Kruse J. et al. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011; 377(9759): 74–84. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5
8. Lipovetzky G. Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report. *Vertex.* 2013; 24(111): 359–362.
9. Zandersen M., Henriksen M.G., Parnas J. A recurrent question: what is borderline? *J. Pers. Disord.* 2019; 33(3): 341–369. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_348
10. Knight R. Borderline states. *Bull. Menninger Clin.* 1953; 17: 1–12.
11. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly.* 1938; 7: 467–489.
12. Zandersen M., Parnas J. Borderline personality disorder or a disorder within the schizophrenia spectrum? A psychopathological study. *World Psychiatry.* 2019; 18(1): 109–110. DOI: 10.1002/wps.20598
13. Kernberg O.F., Michels R. Borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry.* 2009; 166(5): 505–508.
14. Akiskal H.S., Chen S.E., Davis G.C. Borderline: an adjective in search of a noun. *J. Clin Psychiatry.* 1985; 46: 41–48.
15. Tyrer P. Borderline personality disorder: a motley diagnosis in need of reform. *Lancet.* 1999; 354(9196): 2095–2096. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)00401-8
16. Paris J. The diagnosis of borderline personality disorder: problematic but better than the alternatives. *Ann. Clin. Psychiatry.* 2005; 17(1): 41–46. DOI: 10.1080/10401230590905461
17. Mulder R.T., Newton-Howes G., Crawford M.J., Tyrer P.J. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *J. Pers. Disord.* 2011; 25(3): 364–377.
18. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J. et al. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161(11): 2108–2114.
19. Watters C.A., Bagby R.M., Sellbom M. Meta-analysis to derive an empirically based set of personality facet criteria for the alternative DSM-5 model for personality disorders. *Pers. Disord.* 2019; 10(2): 97–104. DOI: 10.1037/per0000307
20. Bach B., Sellbom M. Continuity between DSM-5 categorical criteria and traits criteria for borderline personality disorder. *Canad. J. Psychiatry.* 2016; 61(8): 489–494.
21. Fowler J.C., Madan A., Allen J.G. et al. Clinical utility of the DSM-5 alternative model for borderline personality disorder: Differential diagnostic accuracy of the BFI, SCID-II-PQ, and PID-5. *Comp. Psychiatry.* 2018; 80: 97–103. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.09.003
22. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 11th rev. Geneva; 2018.
23. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1990; 147: 57–63.
24. Glaser J.P., Van Os J., Thewissen V., Myin-Germeys I. Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2010; 121: 125–134.
25. Adams B., Sanders T. Experiences of psychosis in borderline personality disorder: a qualitative analysis. *J. Ment. Health.* 2011; 20(4): 381–391. DOI: 10.3109/09638237.2011.577846
26. Hayward M., Jones A.-M., Strawson W.H. et al. A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clin. Psychol. Psychother.* 2022; 29(2): 631–641. DOI: 10.1002/cpp.2655
27. McGlashan T.H., Grilo C.M., Skodol A.E. et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 102(4): 256–264. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x
28. Gunderson J.G. Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington; 2000: 14–15.
29. Skodol A.E., Gunderson J.G., Pfohl B. et al. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol. Psychiatry.* 2002; 51(12): 936–950. DOI: 10.1016/S0006-3223(02)01324-0
30. Wertz J., Caspi A., Ambler A. et al. Borderline symptoms at age 12 signal risk for poor outcomes during the transition to adulthood: findings from a genetically sensitive longitudinal cohort study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2020; 59(10): 1165–1177. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.07.005
31. Stepp S.D., Lazarus S.A. Identifying a borderline personality disorder prodrome: implications for community screening. *Person. Mental Health.* 2017; 11(3): 195–205. DOI: 10.1002/pmh.1389
32. Miller A.L., Muehlenkamp J.J., Jacobson C.M. Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin. Psychol. Rev.* 2008; 28(6): 969–981. DOI: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
33. Kaess M., Brunner R., Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics.* 2014; 134(4): 782–793. DOI: 10.1542/peds.2013-3677
34. Stepp S.D., Lazarus S.A., Byrd A.L. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: taking stock and moving forward. *Person. Disord.* 2016; 7(4): 316–323. DOI: 10.1037/per0000186
35. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Ridolfi M.E. et al. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J. Person. Disord.* 2006; 20(1): 9–15. DOI: 10.1521/pedi.2006.20.1.9
36. Chabrol H., Montovany A., Chouicha K. et al. Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canad. J. Psychiatry.* 2001; 46(9): 847–849. DOI: 10.1177/070674370104600909
37. Kjaer J.N., Biskin R., Vestergaard C. et al. The clinical trajectory of patients with borderline personality disorder. *Person. Mental Health.* 2016; 10(3): 181–190. DOI: 10.1002/pmh.1337
38. Paris J. Differential diagnosis of borderline personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2018; 41(4): 575–582. DOI: 10.1016/j.psc.2018.07.001
39. Романов Д.В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании ПРЛ. *Известия Самарского научного центра Российской академии наук.* 2014; 16(5-4): 1309–1311. [Romanov D.V. Diagnostic mistakes of psychiatrists at recognition the borderline personality disorder. *Izvestia of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences.* 2014; 16(5-4): 1309–1311. (in Russian)]
40. Bayes A., Parker G., Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2014; 27(1): 14–20. DOI: 10.1097/YCO.000000000000021
41. Carrasco J.L., Mellor-Marsá B., Mallardo L. et al. Persistent psychotic symptoms and neurocognitive deficits in borderline personality disorder. *Schizophr. Res.* 2021; 232: 109–111. DOI: 10.1016/j.schres.2021.05.003
42. Kaplan B., Yazici Gulec M., Gica S., Gulec H. The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. *Braz. J. Psychiatry.* 2020; 42(5): 503–509. DOI: 10.1590/1516-4446-2019-0752
43. Thomsen M.S., Ruocco A.C., Carcone D. et al. Neurocognitive deficits in borderline personality disorder: associations with childhood trauma and dimensions of personality psychopathology. *J. Person. Disord.* 2017; 31(4): 503–521. DOI: 10.1521/pedi_2016_30_265
44. McClure G., Hawes D.J., Dadds M.R. Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: a systematic review. *Person. Mental Health.* 2016; 10(1): 43–57. DOI: 10.1002/pmh.1320
45. Palomares N., Garcia-Andrade R., Arza R. et al. Neuropsychological findings in recent onset schizophrenia and borderline personality disorder: a comparison study. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2019; 47(1): 7–15.
46. Gunderson J.G., Herpertz S.C., Skodol A.E. et al. Borderline personality disorder. *Nat. Rev. Dis. Primer.* 2018; 4: 18029. DOI: 10.1038/nrdp.2018.29
47. Hirschfeld R.M., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2003; 64(2): 161–174.
48. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.; 2012. 336 с.

- [Smulevich A.B. Personality disorders. Trajectory in the space of mental and somatic pathology. Moscow; 2012. 336 p. (in Russian)]
49. Eskander N., Emamy M., Saad-Omer S.M. et al. The Impact of Impulsivity and emotional dysregulation on comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. *Cureus*. 2020; 12(8): 9581. DOI: 10.7759/cureus.9581
 50. Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л. Эффективность фармакотерапии биполярного аффективного расстройства при коморбидности с расстройством личности. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3(96): 97–101. [Simutkin G.G., Yakovleva A.L. Efficiency of pharmacotherapy of bipolar affective disorder comorbid with personality disorder. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2017; 3(96): 97–101. (in Russian)]. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-97-101
 51. Усов Г.М., Чумаков Е.М., Чарная Д.И. и др. Коморбидность биполярного аффективного расстройства II типа и ПРЛ. Социальная и клиническая психиатрия. 2021; 31(4): 48–56. [Usov G.M., Chumakov E.M., Charnaia D.I. et al. Comorbidity of bipolar affective disorder II type and BOR derline personality disorder. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021; 31(4): 48–56. (in Russian)]
 52. Sanches M. The limits between bipolar disorder and borderline personality disorder: a review of the evidence. *Diseases*. 2019; 7(3): 49. DOI: 10.3390/diseases7030049
 53. Hamed M.S., Chapman A.L., Dexter-Mazza E.T. et al. Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76(6): 1068–1075. DOI: 10.1037/a0014044
 54. Massó Rodriguez A., Hogg B., Gardoki-Souto I. et al. Clinical features, neuropsychology and neuroimaging in bipolar and borderline personality disorder: a systematic review of cross-diagnostic studies. *Front. Psychiatry*. 2021; 12: 68–76. DOI: 10.3389/fpsy.2021.681876
 55. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. Под ред. С.Н. Мосолова. М.; 2008. 384. [Bipolar affective disorder: diagnosis and therapy. Ed. S.N. Mosolov. Moscow; 2008. 384 p. (in Russian)]
 56. Magill C.A. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Can. J. Psychiatry*. 2004; 49(8): 551–556. DOI: 10.1177/070674370404900806
 57. Bayes A.J., McClure G., Fletcher K. et al. Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2016; 133(3): 187–195. DOI: 10.1111/acps.12509
 58. Bellino S., Paradiso E., Bogetto F. Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs*. 2008; 22: 671–692. DOI: 10.2165/00023210-200822080-00005
 59. Thompson A., Nelson B., Bechdolf A. et al. Borderline personality features and development of psychosis in an 'ultra high risk' (UHR) population: a case control study. *Early Interv. Psychiatry*. 2012; 6(3): 247–255. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2012.00365.x
 60. Francey S.M., Jovev M., Phassouliotis C. et al. Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Interv. Psychiatry*. 2018; 12(6): 1166–1172. DOI: 10.1111/eip.12435
 61. Pope H.G., Jonas J.M., Hudson J.I. et al. An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1985; 142(11): 1285–1290. DOI: 10.1176/ajp.142.11.1285
 62. Oliva F., Dalmotto M., Pirfo E. et al. A comparison of thought and perception disorders in borderline personality disorder and schizophrenia: psychotic experiences as a reaction to impaired social functioning. *BMC Psychiatry*. 2014; 14: 239. DOI: 10.1186/s12888-014-0239-2
 63. Barnow S., Arens E.A., Sieswerda S. et al. Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Curr. Psychiatry Rep.* 2010, 12(3): 186–195. DOI: 10.1007/s11920-010-0107-9
 64. Kingdon D.G., Ashcroft K., Bhandari B. et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010; 198(6): 399–403. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181e08c27
 65. Slotema C.W., Daalman K., Blom J.D. et al. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychol. Med.* 2012, 42(9): 1873–1878. DOI: 10.1017/S003291712000165
 66. Yee L., Korner A.J., McSwiggan S. et al. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry*. 2005, 46(2): 147–154. DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.07.032
 67. Pearse L.J., Dibben C., Ziauddeen H. et al. A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2014; 202(5): 368–371. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000132
 68. Gunderson J.G., Phillips K.A. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am. J. Psychiatry*. 1991; 148(8): 967–975. DOI: 10.1176/ajp.148.8.967
 69. Suzuki H., Tsukamoto C., Nakano Y. et al. Delusions and hallucinations in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998, 52(6): 605–610. DOI: 10.1046/j.1440-1819.1998.00463.x
 70. Cailhol L., Gicquel L., Raynaud J.P. Borderline personality disorder. In: Rey J.M. (ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva; 2012. 18 p.
 71. Herman J.L., van der Kolk B.A., van der Kolk B.A. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: *Psychological Trauma*. Arlington; 1987: 111–126.
 72. Frías Á., Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*. 2015; 48(1): 1–10. DOI: 10.1159/000363145
 73. Golier J.A., Yehuda R., Bierer L.M. et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160(11): 2018–2024. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.11.2018
 74. Кадыров П.В., Венгер В.В. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия. *Психолог*. 2021; (4): 45–57. [Kadyrov R.V., Venger V.V. Complex post-traumatic stress disorder: modern approaches towards definition of the concept, etiology, diagnostics, and psychotherapy. *Psykholog*. 2021; (4): 45–57. (in Russian)]. DOI: 10.25136/2409-8701.2021.4.35811
 75. Hutsebaut J., Videler A.C., Verheul R., Van Alphen S.P.J. Managing borderline personality disorder from a life course perspective: clinical staging and health management. *Pers. Disord.* 2019; 10(4): 309–316. DOI: 10.1037/per0000341
 76. Zanarini M.C., Temes C.M., Frankenburg F.R. et al. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res.* 2018; 262: 40–45. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.034 

Поступила / Received: 20.08.2022

Принята к публикации / Accepted: 17.10.2022

Об авторах / About the authors

Петрова Наталия Николаевна / Petrova, N.N. — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СПбГУ. 199034, Россия, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9. eLIBRARY.RU SPIN: 3341-2372. <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Чарная Дина Игоревна / Charnaia, D.I. — врач-психиатр дневного стационара СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко». 188357, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Канонерская, д. 12. eLIBRARY.RU SPIN: 1116-5129. <https://orcid.org/0000-0003-0393-7600>. E-mail: dichar@yandex.ru

Чумаков Егор Максимович / Chumakov, E.M. — к. м. н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СПбГУ; заведующий дневным стационаром СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко». 188357, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Канонерская, д. 12. eLIBRARY.RU SPIN: 2877-2154. <https://orcid.org/0000-0002-0429-8460>. E-mail: chumakovgor@gmail.com