



# Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе

Н.Н. Петрова<sup>1</sup>✉, Д.И. Чарная<sup>1, 2</sup>, Е.М. Чумаков<sup>1, 2</sup>

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

<sup>2</sup> 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. Petrova<sup>1</sup>✉, D.I. Charnaya<sup>1, 2</sup>, E.M. Chumakov<sup>1, 2</sup>

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

<sup>2</sup> 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 дезинтегрированных 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 возникли 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.



## ЛІТЕРАТУРА / REFERENCES

- 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
- 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
- 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. Disord.* 2014; 28(5): 734–750. DOI: 10.1521/pedi\_2012\_26\_093
- 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
- 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
- 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
- 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
- Lipovetzky G. Self mutilation in borderline personality disorder. Pain as a self-treatment? A case report. *Vertex*. 2013; 24(111): 359–362.
- 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
- Knight R. Borderline states. *Bull. Menninger Clin.* 1953; 17: 1–12.
- Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*. 1938; 7: 467–489.
- 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
- Kernberg O.F., Michels R. Borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2009; 166(5): 505–508.
- Akiskal H.S., Chen S.E., Davis G.C. Borderline: an adjective in search of a noun. *J. Clin Psychiatry*. 1985; 46: 41–48.
- 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
- 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
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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
- World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems*. 11th rev. Geneva; 2018.
- Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1990; 147: 57–63.
- Glaser J.P., Van Os J., Thewissen V., Myin-Germeys I. Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2010; 121: 125–134.
- 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
- 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
- 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
- Gunderson J.G. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington; 2000: 14–15.
- 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
- 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
- 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
- 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
- Kaess M., Brunner R., Chanan A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014; 134(4): 782–793. DOI: 10.1542/peds.2013-3677
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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)]
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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.
- 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
- 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.
- 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., Charina 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 Р.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 / Charina, 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