

© Петрова Н.Н. и др., 2024

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.891.7

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-6-13>

## Когнитивный профиль пациентов с пограничным расстройством личности

Наталья Николаевна Петрова<sup>1</sup>, Дина Игоревна Чарная<sup>2</sup>, Егор Максимович Чумаков<sup>1,2</sup>, Лариса Альбертовна Азарова<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>СПБ ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Наталья Николаевна Петрова, [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

### Резюме

**Обоснование:** актуальность исследования обусловлена трудностями диагностики пограничного расстройства личности (ПРЛ), а также необходимостью изучения нейрокогнитивного функционирования для расширения представлений о психических расстройствах. Имеющиеся данные, посвященные когнитивному профилю пациентов с ПРЛ, заметно разнятся. Исследования отечественной выборки в этой области нами не найдены. **Цель исследования** — изучить когнитивный профиль пациентов с ПРЛ. **Пациенты и методы:** обследованы 50 пациентов (72% женщин;  $n = 36$ ; 28% мужчин;  $n = 14$ ) в возрасте  $22,4 \pm 4,3$  года с диагнозом по МКБ-10 F60.31 «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип». Методы исследования включали клиническую и психометрическую оценку с применением шкал: госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала Гамильтона для оценки тревоги, симптоматический опросник (Symptom Checklist 90, SCL-90), опросник дисфункциональных убеждений при ПРЛ (Borderline Personality Disorder Questionnaire), шкала краткой оценки когнитивных функций (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia). **Результаты:** полученные данные свидетельствуют о наличии когнитивных нарушений у 15% пациентов с ПРЛ. В структуре нейрокогнитивного дефицита преобладают нарушения рабочей и вербальной памяти, а также внимания. Выраженность ПРЛ ассоциирована с более низкими показателями когнитивного функционирования. Связь между аффективной симптоматикой при ПРЛ и степенью когнитивных нарушений не обнаружена.

**Ключевые слова:** пограничное расстройство личности, нейрокогнитивные функции

**Для цитирования:** Петрова Н.Н., Чарная Д.И., Чумаков Е.М., Азарова Л.А. Когнитивный профиль пациентов с пограничным расстройством личности. *Психиатрия*. 2024;22(3):6–13. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-6-13>

RESEARCH

UDC 616.891.7

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-6-13>

## Cognitive Profile of Patients with Borderline Personality Disorder

Natalia N. Petrova<sup>1</sup>, Dina I. Charnaia<sup>2</sup>, Egor M. Chumakov<sup>1,2</sup>, Larisa A. Azarova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup>Kashchenko Psychiatric Hospital No. 1, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Natalia N. Petrova, [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

### Summary

**Background:** the relevance of this study stems from the difficulties in diagnosing borderline personality disorder (BPD) and the importance of studying neurocognitive functioning for expanding the understanding of mental disorders. The available data on the cognitive profile of patients with BPD vary markedly. We could not find any studies in this area in a domestic sample. **The aim of the study** was to investigate the cognitive profile of patients with BPD. **Patients and methods:** 50 patients (72% women;  $n = 36$ ; 28% men;  $n = 14$ ) aged  $22.4 \pm 4.3$  years with ICD-10 diagnosis F60.31 “Emotionally unstable personality disorder, borderline type” were examined. The research methods included clinical and scale assessment: Hospital Anxiety and Depression Scale, Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale, SCL-90 symptom questionnaire, Borderline Personality Disorder Questionnaire, Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia. **Results:** the obtained data indicate the presence of cognitive impairment in patients with BPD. The structure of neurocognitive deficit includes impairments of working and verbal memory and attention. The severity of BPD is associated with lower cognitive functioning. No correlation between affective symptomatology in BPD and the degree of cognitive impairment was found.

**Keywords:** borderline personality disorder, neurocognitive functions

**For citation:** Petrova N.N., Charnaia D.I., Chumakov E.M., Azarova L.A. Cognitive Profile of Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(3):6–13. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-6-13>

## ВВЕДЕНИЕ

Зарубежные исследования 2000-х гг. уделяют большое внимание модели нейрокогнитивного дефицита, который может быть одной из характеристик пограничного расстройства личности (ПРЛ). В ряде исследований было показано, что ПРЛ является результатом нарушения нейробиологического развития, особенностей работы нейронов префронтальной коры, что проявляется снижением исполнительных функций [1, 2]. Нарушение исполнительных функций рассматривается как эндофенотипический признак ПРЛ [3]. Показано, что у пациентов с ПРЛ обнаруживаются нарушения внимания и памяти [4], в том числе вербальной и эпизодической памяти (один из видов долговременной памяти) [5, 6]. Метаанализ 2005 г. показал, что у лиц с ПРЛ наступает ухудшение многих когнитивных функций, но в наибольшей степени снижается одна из исполнительных функций — функция планирования [3]. В то же время есть исследования, в которых дефицит планирования у лиц с ПРЛ не обнаруживается [7]. Метаанализ 2016 г. продемонстрировал, что у пациентов с ПРЛ снижена скорость обработки информации. Результаты исследования рабочей памяти расходятся [7]. В исследовании 2017 г. у пациентов с ПРЛ обнаружено снижение функций вербального понимания, устойчивого зрительного внимания, рабочей памяти и скорости обработки информации [1]. В исследовании 2020 г. у пациентов с ПРЛ по сравнению с группой здоровых людей отмечено снижение устойчивости внимания и вербальной памяти при сохранной зрительной памяти [8]. При сравнении состояния когнитивных функций у пациентов с ПРЛ с психотическими симптомами и без них было показано, что при наличии психотических симптомов хуже показатели внимания и исполнительных функций, в то время как память не нарушена [9]. Таким образом, результаты зарубежных исследований когнитивного функционирования пациентов с ПРЛ неоднозначны. Исследований нейрокогнитивного профиля в отечественной выборке пациентов с ПРЛ нами не было обнаружено, что стало обоснованием проведения настоящего исследования.

**Цель исследования** — изучить когнитивный профиль пациентов с ПРЛ и провести анализ причин когнитивных нарушений.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в амбулаторном звене психиатрической службы Санкт-Петербурга. На этапе стабилизации состояния были обследованы 50 пациентов с ПРЛ (возраст  $22,4 \pm 4,3$  года; 36 (72%) женщин, 14 (28%) мужчин). Возраст начала заболевания составил  $14,9 \pm 2,7$  года, давность заболевания на момент обследования —  $7,5 \pm 4,0$  года.

**Критериями включения** в исследование были: 1) установленный диагноз ПРЛ (эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип

F60.31 по МКБ-10); 2) возраст от 18 до 44 лет; 3) согласие пациента на участие в исследовании; 4) возможность пациента понимать и выполнять инструкции, предлагаемые исследователем; 5) отсутствие обострения соматического заболевания. **Критерии не включения:** 1) сопутствующие нейрокогнитивные расстройства; 2) образование ниже общего среднего.

### Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг., и одобрено Локальным этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета в области исследования с привлечением людей (протокол № 115-02-2 от 06.04.2022).

### Ethic aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013. The research protocol was approved by Local Ethical Committee Saint of Petersburg State University (protocol #115-02-2 from 06.04.2022).

В исследовании применяли клинический и психометрический методы оценки психопатологических расстройств и нейропсихологический метод оценки когнитивных функций. Для оценки аффективной симптоматики использовали следующие шкалы: госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), шкалы Гамильтона оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) и тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). Выраженность симптоматики ПРЛ оценивали с помощью опросника дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (Borderline Personality Disorder Questionnaire, PBQ-BPD), валидизированного и адаптированного для русскоязычной выборки [10].

В соответствии с данными литературы, пациентам, набравшим 34 балла и больше по опроснику PBQ-BPD, с большой вероятностью может быть выставлен диагноз ПРЛ, при этом чем больше суммарный балл, тем более выражена симптоматика ПРЛ [10]. Для оценки психопатологической симптоматики применяли симптоматический опросник SCL-90. Оценка когнитивных функций проводилась по шкале краткой оценки когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BAC-S). Показатель меньше 40 T-баллов считался свидетельством ослабления когнитивных функций ниже нормы [11]. Шкала BAC-S применялась ранее в российских исследованиях при анализе когнитивных нарушений при расстройствах шизофренического спектра [12, 13], поэтому для возможности свободного сравнения новых данных с полученными ранее было принято решение использовать BAC-S.

Анализ зарубежной научной литературы по теме когнитивного профиля пациентов с ПРЛ показал, что одним из слабых мест для объективной оценки было использование в исследованиях разных наборов

оценки когнитивных функций, отсутствие единообразия в применении шкал [7]. Помимо этого, имеются данные о родстве ПРЛ с заболеваниями шизофренического и аффективного спектра [14, 15].

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.2 (разработчик — ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка (так как выборка была не более 50 исследуемых). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывали с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Категориальные данные обозначали указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполняли с помощью t-критерия Стьюдента. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, проводили с помощью U-критерия Манна–Уитни. Направление и теснота (сила) корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального). За критический уровень значимости принималось значение  $p = 0,05$ . Контроль за ошибкой первого рода проводился через регулировку  $p$ -value, используя поправку Холма, чтобы минимизировать риск ошибочного отклонения нулевой гипотезы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Большая часть пациентов не смогли получить высшее образование: они имели среднее общее ( $n = 16$ ; 32%), среднее профессиональное ( $n = 10$ ; 20%) или незаконченное высшее ( $n = 20$ ; 40%). Больше половины пациентов поступали в высшие учебные заведения, но лишь немногие смогли закончить вуз. Высшее образование имели только 4 обследованных (8%). Чаще всего причиной отчисления из вуза (по собственному желанию) служили трудности взаимоотношений с другими учащимися или преподавателями. Двенадцать пациентов (24%) не работали и не учились на момент исследования. Большая часть обследованных работали ( $n = 20$ ; 40%), продолжали обучение ( $n = 11$ ; 22%) или совмещали работу с учебой ( $n = 7$ ; 14%). Работающие пациенты занимались в основном низкоквалифицированным трудом ( $n = 22$ ; 48% от числа работающих обследованных). Достоверно известно, что на момент обследования те, кто указывали, что не получили высшее образование, не учились.

В клинической картине психических расстройств, послуживших причиной последнего обращения

**Таблица 1.** Результаты психометрической оценки аффективной симптоматики у пациентов с ПРЛ  
**Table 1** Results of affective symptomatology assessment in patients with BPD

Параметры/Parameters	Пациенты с ПРЛ/ Patients with BPD ( $n = 50$ )
<b>Показатели HADS</b>	
Тревога/Anxiety, Me [Q1–Q3]	9,50 [8,0–10,75]
Депрессия/Depression, Me [Q1–Q3]	10,0 [8,25–11,0]
Общий балл HDRS/HDRS score Me [Q1–Q3]	10,0 [9,0–11,0]
Общий балл HARS/HARS score Me [Q1–Q3]	10,0 [9,0–11,75]
<b>SCL-90</b>	
субшкала «Соматизация»/Somatization subscale Me [Q1–Q3]	1 [1–1]
субшкала «Межличностная сенситивность»/Interpersonal sensitivity subscale Me [Q1–Q3]	2,50 [2,1–2,88]
субшкала «Депрессия»/Depression scale Me [Q1–Q3]	2,30 [2,07–2,53]
субшкала «Тревога»/Anxiety subscale Me [Q1–Q3]	1,0 [0,90–1,38]
субшкала «Враждебность»/Anger-Hostility subscale Me [Q1–Q3]	0,83 [0,50–1,46]
субшкала «Фобическая тревожность»/Phobic anxiety subscale Me [Q1–Q3]	1 [1–1]
субшкала «Паранойяльные тенденции»/Paranoid ideation subscale Me [Q1–Q3]	0,66 [0,50–1,33]
Шкала «Психотизм»/Psychoticism subscale Me [Q1–Q3]	0,70 [0,60–1,00]
«Общий индекс выраженности симптомов»/General Symptomatical Index Me [Q1–Q3]	1 [1–2]
«Индекс проявления симптоматики» Me [Q1–Q3]/Positive Symptomatical Index	64,00 [56,25–71,00]
«Индекс симптоматического дистресса» Me [Q1–Q3]/Positive Distress Symptomatical Index	2 [2–2]

*Примечание:* HADS — госпитальная шкала депрессии и тревоги; HDRS — шкала депрессии Гамильтона; HARS — шкала тревоги Гамильтона; SCL-90 — симптоматический опросник SCL-90.

*Notes:* HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale; HDRS — Hamilton Rating Scale for Depression; HARS — Hamilton Anxiety Rating Scale; SCL-90 — Symptom CheckList 90.

за психиатрической помощью, ведущими были депрессивный ( $n = 47$ , 94,0%) и тревожный ( $n = 40$ , 80,0%) синдромы. Результаты психометрической оценки психического состояния на момент обследования (этап стабилизации психического состояния) представлены в табл. 1 и свидетельствуют о превалировании тревожной и депрессивной симптоматики легкой и субклинической степени выраженности. 38% пациентов набрали более 34 баллов по опроснику PBQ-BPD, средний результат в группе составил  $31,12 \pm 6,82$  балла. Подробный анализ аффективной симптоматики на данной выборке пациентов проводился нами ранее [16].

Средние баллы BAC-S у обследованных пациентов соответствовали нормативным, однако почти у 15% пациентов было отмечено снижение общего балла

**Таблица 2.** Характеристики когнитивных функций у пациентов с ПРЛ  
**Table 2** Characteristics of cognitive functions in patients with BPD

Показатель ВАСС	Значение Me [Q <sub>1</sub> –Q <sub>3</sub> ], Т-баллы	Число пациентов с ПРЛ со снижением когнитивных функций по ВАС-S* Абс (%)
Вербальная память/Verbal memory	49,81 [46,56–53,06]	9 (18,8%)
Рабочая (оперативная) память/Working memory	43,73 [38,00–47,50]	16 (33,3%)
Двигательные функции/Token Motor Task	44,08 [41,00–47,25]	7 (14,6%)
Шифровка/Symbol Coding	45,56 [42,50–48,63]	10 (20,8%)
Словесная беглость/Verbal Fluency	48,14 [46,00–52,00]	6 (12,0%)
Тест «Башня Лондона»/Tower of London Test	52,33 [47,00–57,00]	1 (2,0%)
Общий балл/Global score	46,02 [43,65–48,39]	7 (14,6%)

Примечание: \* < 40 Т-баллов.  
 Note: \* < 40 T-points.

по шкале ВАС-S, причем чаще всего у пациентов регистрировалось снижение рабочей памяти, шифровки (внимание и скорость обработки информации) и вербальной памяти (табл. 2).

Для более детального анализа нами был проведен корреляционный анализ полученных характеристик нейрокогнитивного профиля с результатами клинико-шкальной оценки. Для оценки влияния аффективной симптоматики на когнитивные функции мы анализировали баллы по аффективным шкалам, баллы по симптоматическому опроснику SCL-90. Для оценки влияния симптоматики ПРЛ на нейрокогнитивные функции мы анализировали баллы по опроснику PBQ-BPD и баллы по симптоматическому опроснику SCL-90. Связи между депрессивной симптоматикой (по госпитальной шкале, по шкале Гамильтона, по шкале «Депрессия» из опросника SCL-90) и когнитивными показателями обнаружено не было. Выявлена положительная связь между выраженностью тревоги (по шкале Гамильтона) и показателями оперативной памяти ( $r = 0,363$ ;  $p = 0,011$ ), а также проблемно-решающего поведения ( $r = 0,205$ ;  $p = 0,040$ ). Также обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем тревоги (по госпитальной шкале, по шкале «Тревога» из опросника SCL-90) и двигательными функциями ( $r = 0,366$ ;  $p = 0,011$  и  $r = 0,343$ ;  $p = 0,017$  соответственно).

Была получена статистически значимая связь выраженности общего балла по опроснику PBQ-BPD с баллом показателя «рабочая память» ( $r = -0,351$ ;  $p = 0,015$ ) и общим баллом ВАС-S ( $r = -0,316$ ;  $p = 0,028$ ), а также отрицательная связь между показателями субшкалы «Межличностная чувствительность» из опросника SCL-90 и вербальной памятью ( $r = -0,357$ ;  $p = 0,013$ ), двигательными функциями ( $r = -0,367$ ;  $p = 0,010$ ), словесной беглостью ВАС-S ( $r = -0,297$ ;  $p = 0,038$ ). Получена отрицательная связь между показателем по субшкале «Враждебность» из опросника SCL-90 и показателем двигательные функции ВАСС ( $r = -0,403$ ;  $p = 0,005$ ). По нашим результатам, более высокие баллы по субшкале «Фобическая тревожность» из опросника SCL-90 достоверно были связаны с более низкими показателями вербальной памяти ( $r = -0,332$ ;  $p = 0,021$ ), двигательных

функций ( $r = -0,294$ ;  $p = 0,043$ ) и словесной беглости ( $r = -0,293$ ;  $p = 0,041$ ) ВАСС. Шкала «Индекс проявления симптоматики» по опроснику SCL-90 связана с показателем словесной беглости ( $r = -0,319$ ;  $p = 0,025$ ).

С целью оценки связи тяжести ПРЛ и общей психопатологической симптоматики был проведен

**Таблица 3.** Данные корреляционного анализа связи характеристик тяжести проявлений ПРЛ и общей психопатологической симптоматики по опроснику SCL-90

**Table 3** Correlation analysis of symptoms severity on the PBQ-BPD questionnaire and psychopathological symptoms on the SCL-90 questionnaire

Корреляционные связи показателей/Correlation indices	SCL-90/PBQ-BPD
Соматизация/Somatization	0,202 (r) 0,159 (p)
Обсессивность-компульсивность/Obsessive-compulsive disorders	0,125 (r) 0,386 (p)
Межличностная чувствительность/Interpersonal sensitivity	0,375 (r) 0,007* (p)
Депрессия/Depression	0,175 (r) 0,224 (p)
Тревога/Anxiety	0,214 (r) 0,136 (p)
Враждебность/Anger-Hostility	0,348 (r) 0,012* (p)
Фобическая тревожность/Phobic Anxiety	0,353 (r) 0,014* (p)
Паранойяльные тенденции/Paranoid ideation	0,399 (r) 0,004* (p)
Психотизм/Psychoticism	0,334 (r) 0,018* (p)
Общий индекс выраженности симптомов/General Symptomatical Index	0,244 (r) 0,088 (p)
Индекс проявления симптоматики/Positive Symptomatical Index	0,342 (r) 0,015* (p)
Индекс выраженности дистресса/Positive Distress Symptomatical Index	0,010 (r) 0,947 (p)

Примечание: \* — различия показателей статистически значимы ( $p < 0,05$ ).  
 Note: \* — differences are significant ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 4.** Анализ когнитивных показателей в зависимости от результатов обследования по опроснику BPQ  
**Table 4** Analysis of cognitive indicators depending on the results of the BPQ questionnaire examination

Группы пациентов/Patients groups Показатель/Parameter	1-я группа (n = 31) Me [Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> ]	2-я группа (n = 19) Me [Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> ]	Достоверность, p
Вербальная память/Verbal memory	51,41 [47,27-55,56]	47,37 [41,83-52,90]	0,224
Рабочая (оперативная) память/Working memory	45,00 [41,00-49,00]	38,00 [33,00-43,50]	<b>0,003*</b>
Двигательные функции/Token Motor Task	44,00 [41,00-47,00]	43,00 [40,50-47,00]	0,719
Шифровка/Symbol Coding	46,14 [41,59-50,69]	44,68 [40,76-48,61]	0,646
Словесная беглость/Verbal Fluency	49,00 [47,25 -53,75]	48,00 [44,00-49,00]	<b>0,047*</b>
Тест «Башня Лондона»/Tower of London Test	57,00 [52,00-57,00]	48,00 [42,00-57,00]	<b>0,036*</b>
BACS, сумма T-баллов/Composite T-Score	48,45 [45,87-51,03]	42,32 [38,06-46,58]	<b>0,009*</b>

Примечание: \* — различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Note: \* — differences are significant ( $p < 0,05$ ).

корреляционный анализ между данными опросника RBQ-BPD и опросника SCL-90 (табл. 3).

Были получены положительные корреляционные связи между шкалами опросника SCL-90 и общим баллом опросника RBQ-BPD. Обнаружена положительная статистически значимая связь между шкалами «Межличностная сенситивность», «Фобическая тревожность», «Враждебность» и общим баллом опросника RBQ-BPD. Отдельно были получены значимые связи общего балла по опроснику RBQ-BPD со шкалами «Паранойяльные тенденции» и «Психотизм» опросника SCL-90. Обнаружена положительная связь между шкалой «Индекс проявления симптоматики» и баллом по опроснику RBQ-BPD. Ранее мы получили связь между данным индексом и когнитивными функциями пациентов.

Для сравнительной характеристики когнитивного функционирования пациенты с ПРЛ были разделены на две группы: пациенты, набравшие по опроснику RBQ-BPD меньше 34 баллов (группа 1) и набравшие больше 34 баллов (группа 2). Пациенты 2-й группы имели статистически более низкие показатели оперативной памяти, словесной беглости, теста «Башня Лондона» и общего балла BACS-S (табл. 4).

Отдельно были проанализированы социально-демографические характеристики исследуемых для выявления возможных факторов, ассоциированных с когнитивными нарушениями при ПРЛ. Установлено, что возраст, уровень образования, характер работы обследованных пациентов не влияли на когнитивное функционирование. При этом была обнаружена связь между давностью психического расстройства и показателем словесной (вербальной) беглости ( $r = 0,358$ ;  $p = 0,011$ ).

## ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При сравнении когнитивных функций у пациентов с ПРЛ со здоровым контролем выявлены более низкие показатели вербальной и рабочей (оперативной) памяти и внимания в группе ПРЛ. При этом функция планирования, частота и выраженность когнитивных нарушений не оценивались [1]. В исследовании 2020 г.

у пациентов с ПРЛ в отличие от здоровых лиц были обнаружены нарушения внимания, вербальной памяти без указания частоты и степени нарушений [8]. В исследовании 2023 г. у пациентов с ПРЛ были зарегистрированы нарушения рабочей (оперативной) памяти, внимания и планирования, без оценки выраженности нарушений [17]. В то же время авторы обнаружили только снижение функции планирования, без описания частоты и степени выраженности [18]. В единственном метаанализе по данной теме G. McClure (2016) было установлено, что в 66% ранних исследований ПРЛ были отмечены нарушения исполнительных функций. При этом не было обнаружено специфических нарушений, характерных для пациентов с ПРЛ, однако была отмечена большая частота снижения функции планирования и рабочей памяти [7].

В нашем исследовании чаще встречались нарушения рабочей памяти, что совпадает с частью более ранних исследований [1, 7, 17]. Было обнаружено снижение внимания (скорость обработки информации, моторные навыки, шифровка), что коррелирует с некоторыми отдельными исследованиями [1, 8, 17]. Выявленное нами ухудшение вербальной памяти было отмечено лишь в двух более ранних исследованиях [1, 8]. Реже всего наблюдались нарушения функции планирования, что отличается от результатов метаанализа [7]. Таким образом, ни в одном из перечисленных исследований не изучались все исследованные нами когнитивные нарушения, что может быть обусловлено использованием разных методик для оценки когнитивных функций, в то время как мы использовали стандартизованную батарею тестов, предназначенную для изучения когнитивного функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Общей особенностью более ранних исследований было отсутствие анализа структуры нейрокогнитивных нарушений [1, 8, 17, 18].

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии связи нейрокогнитивного дефицита и аффективной симптоматики при ПРЛ, что коррелирует с результатами недавнего зарубежного исследования [17]. Это может отражать особенности контингента в виде отсутствия клинически очерченной аффективной

симптоматики, которая была представлена отдельными симптомами депрессии и не достигала диагностической значимости.

Прямая связь между уровнем тревоги и отдельными когнитивными функциями отражает влияние непатологической тревоги на выполнение когнитивных тестов. В литературе есть указания на большую когнитивную продуктивность, связанную с анализом невербальной информации, у пациентов с тревожными расстройствами [19], что объяснялось стремлением получить одобрение как механизма формирования тревоги.

Как и в исследовании M.S. Thomsen (2017), нами не было обнаружено связи между уровнем полученного образования и когнитивными нарушениями [1].

В исследовании 2020 г. была предпринята попытка установления связи между клиническими проявлениями ПРЛ и когнитивными функциями (оценивали импульсивность, суицидальность, диссоциативные нарушения) [8]. Как уже было сказано, в данном исследовании были обнаружены нарушения внимания и вербальной памяти, а также достоверная связь между когнитивными функциями и уровнем импульсивности, суицидальности и диссоциативными нарушениями. В нашем исследовании импульсивность оценивалась клинически и рассматривалась как один из осевых симптомов ПРЛ. Импульсивность была обозначена как качественный признак (наличие или отсутствие данного осевого симптома). Значимого ее влияния на когнитивные функции обнаружено не было.

По нашим данным, имеется параллелизм между тяжестью ПРЛ и уровнем когнитивных нарушений. Межличностная чувствительность, как одна из основных характеристик ПРЛ, опосредует нейрокогнитивное функционирование лиц с ПРЛ, наряду с враждебностью и фобической тревожностью. В соответствии с данными литературы, «межличностная чувствительность (из симптоматического опросника SCL-90) предполагает чувство личностной неадекватности и неполноценности, когда человек сравнивает себя с другими, самоосуждение, чувство беспокойства, дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Враждебность (из симптоматического опросника SCL-90) является отражением негативного аффекта злости (агрессия, раздражительность, гнев и негодование). Фобическая тревожность (из симптоматического опросника SCL-90) определяется как «стойкая реакция страха в отношении определенных людей, обстоятельств, иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу» [20]. Эти проявления мы видим у пациентов с ПРЛ при клинико-психопатологическом анализе.

Ограничения исследования: в работе был сделан акцент на изучении структуры и частоты нарушений когнитивных функций при ПРЛ. Предполагается провести сравнение полученного нейрокогнитивного профиля пациентов с ПРЛ с когнитивным функционированием пациентов с другими психическими расстройствами. В будущем планируется проанализировать различия

по шкале SCL-90 в группах исследуемых с высокими и нормативными значениями по шкале ВАС-S.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, результатом проведенного исследования стал наиболее полный когнитивный профиль пациентов с ПРЛ. Полученные данные свидетельствуют о снижении параметров нейрокогнитивного функционирования у 15% пациентов с ПРЛ. В структуре нейрокогнитивного дефицита преобладает ухудшение рабочей и вербальной памяти, а также внимания. Выявлена прямая взаимосвязь между выраженностью нейрокогнитивных нарушений и симптоматики ПРЛ.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Thomsen MS, Ruocco AC, Carcone D, Mathiesen BB, Simonsen E. Neurocognitive Deficits in Borderline Personality Disorder: Associations With Childhood Trauma and Dimensions of Personality Psychopathology. *J Pers Disord.* 2017 Aug;31(4):503–521. doi: [10.1521/pedi\\_2016\\_30\\_265](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_265) Epub 2016 Sep 12. PMID: 27617651.
2. LeGris J, van Reekum R. The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Can J Psychiatry.* 2006 Mar;51(3):131–142. doi: [10.1177/070674370605100303](https://doi.org/10.1177/070674370605100303) PMID: 16618004.
3. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res.* 2005 Dec 15;137(3):191–202. doi: [10.1016/j.psychres.2005.07.004](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.07.004) Epub 2005 Nov 17. PMID: 16297985.
4. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord.* 2002 Dec;72(3):209–226. doi: [10.1016/s0165-0327\(02\)00091-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00091-5) PMID: 12450638.
5. Kurtz JE, Morey LC. Verbal memory dysfunction in depressed outpatients with and without borderline personality disorder. *J Psychopathol Behav Assess.* 2009;21(2):41–156.
6. Seres I, Unoka Z, Bódi N, Aspán N, Kéri S. The neuropsychology of borderline personality disorder: relationship with clinical dimensions and comparison with other personality disorders. *J Pers Disord.* 2009 Dec;23(6):555–562. doi: [10.1521/pedi.2009.23.6.555](https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.555) PMID: 20001174.
7. McClure G, Hawes DJ, Dadds MR. Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personal Ment Health.* 2016;10(1):43–57. doi: [10.1002/pmh.1320](https://doi.org/10.1002/pmh.1320)
8. 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 Sep-Oct;42(5):503–509. doi: [10.1590/1516-4446-2019-0752](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0752) PMID: 32321061; PMID: PMC7524408.

9. Carrasco JL, Mellor-Marsá B, Mallardo L, López-Villatoro JM, Montes A, De la Vega I, Diaz-Marsá M. Persistent psychotic symptoms and neurocognitive deficits in borderline personality disorder. *Schizophr Res*. 2021 Jun;232:109–111. doi: [10.1016/j.schres.2021.05.003](https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.05.003) Epub 2021 May 23. PMID: 34034152.
10. Кони́на М.А., Холмогорова А.Б. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(3):126–143. doi: [10.17759/cpp.20162403008](https://doi.org/10.17759/cpp.20162403008)  
Konina MA, Holmogorova AB. The personality beliefs questionnaire in borderline personality disorder (PBQ-BPD): adaptation for russian-speaking selection. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016;24(3):126–143. (In Russ.). doi: [10.17759/cpp.20162403008](https://doi.org/10.17759/cpp.20162403008)
11. Саркисян ГР, Гурович ИЯ, Киф РС. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;(3):13–19.  
Sarkisjan GR, Gurovich IJa, Kif RS. Normative data for the russian population and standardization of the Brief assessment of cognition in schizophrenia (BACS) scale. *Social and Clinical Psychiatry*. 2010;(3):13–19. (In Russ.).
12. Дорофейкова МВ, Петрова НН. Сравнительные характеристики когнитивного статуса больных шизоаффективным расстройством и шизофренией. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2015;(4):56–62.  
Dorofeykova MV, Petrova NN. Comparative study of cognitive functioning of patients with schizoaffective disorder and schizophrenia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2015;(4):56–62. (In Russ.).
13. Петрова НН, Янченко МА. Депрессия и когнитивные нарушения. *Неврологический вестник*. 2017;49(4):21–29.  
Petrova NN, Yanchenko MA. Depressiya i kognitivnyye narusheniya. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2017;49(4):21–29. (In Russ.).
14. Петрова НН, Чарная ДИ, Чумаков ЕМ. Пограничное расстройство личности: к вопросу о диагнозе. *Доктор.Ру*. 2022;21(8):66–71. doi: [10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71](https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71)  
Petrova NN, Charnaya DI, Chumakov YeM. Borderline Personality Disorder: Diagnosis. *Doktor.Ru*. 2022;21(8):66–71. (In Russ.). doi: [10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71](https://doi.org/10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71)
15. Усов ГМ, Чумаков ЕМ, Чарная ДИ, Коломыцев ДЮ, Стаценко ОА. Коморбидность биполярного аффективного расстройства II типа и пограничного расстройства личности. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021;31(4):48–56.  
Usov GM, Chumakov EM, Charnaya DI, Kolomytsev DYU, Statsenko OA. Comorbidity of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(4):48–56. (In Russ.).
16. Петрова НН, Чарная ДИ, Хоменко АЕ, Маматходжаева ТБ, Чумаков ЕМ. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2022;122(12):111–116. doi: [10.17116/jnevro2022122121111](https://doi.org/10.17116/jnevro2022122121111)  
Petrova NN, Charnaya DI, Khomenko AE, Mamatkhodjaeva TB, Chumakov EM. Borderline personality disorder in clinical outpatient practice. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(12):111–116. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro2022122121111](https://doi.org/10.17116/jnevro2022122121111)
17. Lopez-Villatoro JM, Diaz-Marsá M, Rico-Perez A, Fernandez-Rodrigues V, Ayad-Ahmed W, Galvez-Merlin A, Carrasco JL. Neurocognitive profile associated with borderline personality disorder: building specific indices of executive function. *Actas Esp Psiquiatr*. 2023 Sep;51(5):220–228. Epub 2023 Sep 1. PMID: 38117262; PMCID: PMC10803855.
18. Bozzatello P, Blua C, Brasso C, Rocca P, Bellino S. The Role of Cognitive Deficits in Borderline Personality Disorder with Early Traumas: A Mediation Analysis. *J Clin Med*. 2023 Jan 18;12(3):787. doi: [10.3390/jcm12030787](https://doi.org/10.3390/jcm12030787) PMID: 36769436; PMCID: PMC9917894.
19. Rector NA, Kamkar K, Cassin SE, Ayearst LE, Laposa JM. Assessing excessive reassurance seeking in the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2011 Oct;25(7):911–917. doi: [10.1016/j.janxdis.2011.05.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.05.003) Epub 2011 May 14. PMID: 21641764.
20. Петрова ГА, Довженко ТВ, Юдеева ТЮ, Холмогорова АБ. Применение шкалы Derogatis (SCL-90) в диагностике соматоформных расстройств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2000;10(4):10–15.  
Petrova GA, Dovzhenko TV, Yudeeva TYU, Holmogorova AB. Primenenie shkaly Derogatis (SCL-90) v diagnostike somatoformnyh rasstrojstv. *Social and Clinical Psychiatry*. 2000;10(4):10–15. (In Russ.).

**Сведения об авторах**

*Наталья Николаевна Петрова*, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

[petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

*Дина Игоревна Чарная*, врач-психиатр, СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-0393-7600>

[dichar@yandex.ru](mailto:dichar@yandex.ru)

*Егор Максимович Чумаков*, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-0429-8460>

[chumakovgor@gmail.com](mailto:chumakovgor@gmail.com)

*Лариса Альбертовна Азарова*, заместитель главного врача, СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург, Россия, <http://orcid.org/0000-0002-1144-2782>

[azarova812@me.com](mailto:azarova812@me.com)

**Information about the authors**

*Natalia N. Petrova*, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of Psychiatry and Narcology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

[petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

*Dina I. Charnaia*, Psychiatrist, Kashchenko Psychiatric Hospital No. 1, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-0393-7600>

[dichar@yandex.ru](mailto:dichar@yandex.ru)

*Egor M. Chumakov*, Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-0429-8460>

[chumakovgor@gmail.com](mailto:chumakovgor@gmail.com)

*Larisa A. Azarova*, Deputy Chief Physician, Kashchenko Psychiatric Hospital No. 1, Saint Petersburg, Russia, <http://orcid.org/0000-0002-1144-2782>

[azarova812@me.com](mailto:azarova812@me.com)

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflicts of interest.*

Дата поступления 04.03.2024 Received 04.03.2024	Дата рецензирования 08.05.2024 Revised 08.05.2024	Дата принятия 14.05.2024 Accepted for publication 14.05.2024
--	--	---