

Депрессия у лиц с пограничным расстройством личности

Наталья Николаевна Петрова¹, Петр Юрьевич Завитаев^{1,2}, Ирина Александровна Числова¹

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

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

Автор для корреспонденции: Наталья Николаевна Петрова petrova_nn@mail.ru

Резюме

Обоснование: актуальность исследования обусловлена трудностями дифференциальной диагностики пограничного расстройства личности (ПРЛ), необходимостью изучения депрессивного синдрома при ПРЛ для расширения представления о клинической картине заболевания и поиска наиболее значимых диагностических критериев. **Цель исследования:** изучить клинические проявления депрессивного синдрома у лиц с ПРЛ в рамках декомпенсации для повышения эффективности дифференциальной диагностики. **Материал и методы:** проведен анализ 58 историй болезни пациентов (74% женщин). Средний возраст пациентов $31,03 \pm 1,87$ года. Диагностическое распределение согласно диагностическим критериям МКБ-10 включало «Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип» (F60.31) в 26 случаях, «Рекуррентное депрессивное расстройство» (РДР; F33) у 14 пациентов, «Биполярное аффективное расстройство» (БАР; F31) в 18 наблюдениях. В исследовании использовали архивный метод. Проанализированы данные анамнеза, клинического интервью, экспериментально-психологического обследования (ЭПО). **Результаты:** депрессивный синдром у пациентов с ПРЛ характеризуется идеями самоуничижения, снижением самооценки и уверенности в себе, высоким уровнем тревоги. По результатам самооценки клинически выраженная депрессия отмечена более чем у половины респондентов в отличие от результатов объективной оценки психического состояния пациентов с ПРЛ, в большинстве случаев отвечающего критериям легкой депрессии. Разработанная модель логистической регрессии прогнозирует с эффективностью 96% диагноз ПРЛ у пациентов с депрессивным синдромом. Десять наиболее значимых предикторов, включая контролирующее, непредсказуемое поведение воспитателя, гомо/бисексуальность, хроническое чувство пустоты, нестабильное настроение, идеи вины и самоуничижения, сложности с пониманием чувств по данным ЭПО и средний суициdalный риск по шкале оценки риска суицида, повышают вероятность диагноза ПРЛ. Такие симптомы как употребление психоактивных веществ и вспышки гнева в наибольшей степени повышают вероятность диагностической ошибки, так как могут приводить к ложноположительным результатам диагностической оценки. **Заключение:** клинические особенности депрессий имеют дифференциально-диагностическую значимость при установлении диагноза ПРЛ.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, диагностика

Для цитирования: Петрова Н.Н., Завитаев П., Числова И.А. Депрессия у лиц с пограничным расстройством личности. *Психиатрия*. 2025;23(4):27-35. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-27-35>

RESEARCH

УДК 616.895.4

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-27-35>

Depression in Patients with Borderline Personality Disorder

Natalia N. Petrova¹, Petr Y. Zavitaev^{1,2}, Irina A. Chislova¹

¹ St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

² Kashchenko Psychiatric Hospital No. 1, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Natalia N. Petrova petrova_nn@mail.ru

Summary

Background: the relevance of this research is determined by the challenges encountered in the differential diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD), the necessity to investigate the depressive syndrome in BPD to enhance comprehension of the disorder, and the pursuit of the most significant diagnostic criteria. **The aim of the study** was to investigate the depressive syndrome in patients with BPD as part of decompensation to improve differential diagnosis accuracy. **Materials and Methods:** 58 medical histories (74% women) analyzed. The average age of patients was 31.03 ± 1.87 years. ICD-10 diagnosis were F60.31 «Emotionally unstable personality disorder, borderline type» ($n = 26$), F33 «Recurrent depressive disorder» ($n = 14$), and F31

«Bipolar disorder» ($n = 18$) were examined. An archival method, including medical history, clinical interview, experimental psychological examination, was applied in the research. **Results:** depressive syndrome in BPD patients is characterized by ideas of self-deprecation, reduced self-esteem and self-confidence, and high levels of anxiety. According to the results of self-assessment, BPD patients noted the severity of depressive experiences: clinically pronounced depression was noted in more than half of cases, contrary to the results of objective assessment, where the mental state of patients' majority corresponded to criteria of mild depression. A logistic regression model was developed that predicts with 96% efficiency the diagnosis of BPD in depressed patients based on ten predictors: controlling, unpredictable caregiver behavior, homo/bisexuality, chronic feelings of emptiness, unstable mood, ideas of guilt and self-deprecation, difficulty understanding feelings as measured by EPE, and average suicidal risk on the Suicide Risk Assessment Scale increase the likelihood of a BPD diagnosis. Symptoms such as substance use and anger outbursts are the most likely to increase the likelihood of diagnostic error, as they can lead to false positive diagnoses. **Conclusion:** clinical features of depression in BPD are significant for diagnosis and differential diagnostics.

Keywords: borderline personality disorder, depression, recurrent depressive disorder, bipolar disorder, diagnosis

For citation: Petrova N.N., Zavitaev P.Y., Chislova I.A. Depression in Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry (Moscow) (Psichatriya)*. 2025;23(4):27–35. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-4-27-35>

ВВЕДЕНИЕ

Согласно МКБ-10, эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип характеризуется склонностью к импульсивным действиям без учета последствий, непредсказуемым настроением, вспышками эмоций. Это состояние отличают расстройство самовосприятия, целей и внутренних устремлений, хроническое ощущение пустоты, напряженные и нестабильные межличностные отношения, тенденция к саморазрушающему поведению [1].

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) сопровождается частым обращением за медицинской помощью [2, 3]. Обычно лица с ПРЛ обращаются к психиатрам в период декомпенсации, сопровождающейся депрессивным, тревожным или тревожно-депрессивным синдромами [4–6]. Фокус специалистов смещается в сторону симптоматики декомпенсации, а повседневные особенности функционирования и неустойчивость настроения остаются без пристального внимания, что определяет сложности в постановке диагноза [7]. Пациенты с ПРЛ часто имеют сопутствующие психические расстройства, которые могут маскировать расстройство личности, усложнять раннюю диагностику, затруднять постановку точного диагноза и влиять на эффективность лечения [8]. Дифференциальную диагностику рекомендуется проводить с биполярным аффективным расстройством (БАР), рекуррентным депрессивным расстройством (РДР), посттравматическим стрессовым расстройством, осложненным посттравматическим стрессовым расстройством, синдромом дефицита внимания и гиперактивности [9].

В работе S.U. Felding и соавт. (2021) анализируют подходы к диагностике ПРЛ в МКБ-11. Авторы подчеркивают, что ПРЛ имеет общие диагностические критерии с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством (К-ПТСР): проблемы самоидентификации, межличностные проблемы, наличие негативных событий раннего детства. В то же время К-ПТСР требует наличия истории травмы и симптомов ПТСР и характеризуется стабильными и стойкими паттернами негативного самовосприятия с избегающими межличностными паттернами. ПРЛ, напротив, отличается нестабильным или внутренне противоречивым чувством «Я», которое может включать как чрезмерно негативное, так

и чрезмерно позитивное самовосприятие. МКБ-11 формально признает совпадение критериев и позволяет выставлять оба диагноза одновременно. По мнению авторов, диагноз К-ПТСР следует выставлять только тогда, когда выполнены диагностические требования для К-ПТСР и ПРЛ и только в случаях, когда диагноз ПРЛ не может внести клинически полезную информацию, которая недостаточно охвачена диагнозом К-ПТСР [10].

Наиболее точные теоретические модели развития ПРЛ многофакторные, учитывают ряд факторов, включая раннюю травму (сексуальное и физическое насилие, пренебрежение). ПРЛ как последствие детских травм часто сопровождается разными сопутствующими психическими нарушениями (расстройствами настроения, тревожными и обсессивно-компульсивными, диссоциативными, аддиктивными, психотическими и соматоформными расстройствами, а также расстройствами пищевого поведения). В этих случаях ПРЛ, как правило, является тяжелым и резистентным к лечению. Показано, что пациенты с ПРЛ чаще подвергаются насилию в детстве по сравнению с имеющими другие расстройства личности. Неблагоприятный детский опыт влияет на различные биологические системы (ось НРА, механизмы нейротрансмиссии, эндогенные опиоидные системы, объем серого вещества), эти изменения сохраняются и во взрослом возрасте. Появляется все больше доказательств взаимодействия между генами (например, полиморфизмами FKBP5 и вариантами CRHR2) и окружающей средой (физическое и сексуальное насилие, эмоциональное пренебрежение) [11].

Актуальность изучения ПРЛ обусловлена высоким суициdalным риском [12], частота суициdalных попыток варьирует от 60 до 70% [13]. Присоединение депрессивных расстройств сопровождается увеличением риска [14]. По некоторым данным, вероятность суициdalной попытки возрастает до 90% [15].

Исследователи рассматривают несколько подходов к пониманию коморбидности ПРЛ и депрессивного расстройства. В одних случаях ПРЛ считают основным расстройством, а депрессию — его проявлением. Другой подход позволяет интерпретировать ПРЛ как атипичную депрессию. Полагают, что эти расстройства, представляя два различных заболевания, формируют истинную коморбидность. Исследователи

Таблица 1. Характеристики групп сравнения
Table 1 Characteristics of the comparison groups

Число пациентов (n)/ Number of patients	ПРЛ/BPD		БАР/BD		РДР/RDD	
	26		18		14	
Пол (n; %)/ Sex (n; %)/	Ж/F 22 (85%)	М/М 4 (15%)	Ж/F 11 (61%)	М/М 7 (39%)	Ж/F 10 (71%)	М/М 4 (29%)
Средний возраст (лет)/ Mean age (yrs)	$21,31 \pm 0,59$		$37,61 \pm 3,41$		$40,64 \pm 4,21$	

препринимают попытки найти общие этиологические факторы у этих двух расстройств [16–18]. Современное понимание проблемы состоит в том, что ПРЛ выступает в качестве основной патологии, приводящей к возникновению периодических депрессивных эпизодов вследствие личностных особенностей, таких как повышенная чувствительность, трудности в установлении межличностных коммуникаций и неопределенность в отношении собственной идентичности [19].

Цель исследования: изучить особенности депрессивного синдрома у лиц с ПРЛ в рамках декомпенсации для совершенствования диагностического алгоритма и повышения эффективности дифференциальной диагностики.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Одноцентровое исследование проводилось в 2023–2024 гг. в дневном стационаре психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко г. Санкт-Петербурга. Были изучены 58 историй болезни пациентов, страдающих ПРЛ, БАР и РДР, проходивших лечение в дневном стационаре (табл. 1). Все пациенты давали согласие на обследование и лечение.

Этические аспекты

Все участники исследования давали добровольное информированное согласие на обследование и лечение. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг.

Ethic aspects

All examined participants of study signed the informed consent for examination and treatment. This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024.

Критерии включения в исследование:

- 1) диагноз, установленный согласно диагностическим критериям МКБ-10: эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип F60.31 (26 пациентов); рекуррентное депрессивное расстройство F33 (14 пациентов); биполярное аффективное расстройство F31 (18 пациентов),
- 2) депрессивный эпизод,
- 3) возраст 18–60 лет.

Критерии не включения:

- 1) текущий эпизод мании/гипомании, смешанный эпизод,
- 2) обострение соматического заболевания,
- 3) органические расстройства.

В исследовании применяли архивный метод, были проанализированы данные анамнеза, клинического интервью, экспериментально-психологического обследования (ЭПО), результаты шкал. Для оценки депрессивной симптоматики использовали качественные и количественные показатели Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HDRS). Выраженность симптомов тревоги оценивали с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS), суициdalный риск оценивали с помощью Шкалы оценки риска суицида (ШОРС, *The SAD PERSONS Scale*).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica-12 (разработчик — «StatSoft», Россия). Проверка на нормальность была проведена с помощью анализа гистограмм и расчета W-критерия Шапиро–Уилка. Сравнение между группами проводилось с помощью нескольких критериев, которые подбирались в зависимости от типа переменной и характера распределения. Использовали t-критерий Стьюдента для случаев, когда в обеих группах переменная распределена нормально; U-критерий Манна–Уитни — когда в одной из групп или в обеих распределение показателей отлично от нормального; Точный критерий Фишера (*Fisher exact*) — в случаях, когда переменная при сравнении двух групп принимает только два значения; χ^2 Пирсона — для таблиц сопряженности больше 2×2 .

По результатам исследования была предложена модель логистической регрессии, направленная на верификацию диагноза ПРЛ. Характеристикой качества модели принял показатель конечной потери (*final loss*). Для оценки статистической значимости модели использован критерий хи-квадрат (χ^2). Вклад предикторов определяется на основе знака их весового коэффициента в регрессионной модели. Для оценки точности была посчитана диагностическая эффективность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как показал сравнительный анализ, такие анамнестические факторы риска психических расстройств, как отстраненность воспитателя, эмоциональное и физическое насилие в детстве значительно чаще встречаются у пациентов с диагнозом ПРЛ по сравнению с БАР и РДР (табл. 2).

Пациенты с ПРЛ имеют более высокую частоту неопределенности образа «Я», целеполагания

Таблица 2. Сравнительная характеристика раннего периода жизни пациентов
Table 2 Comparative characterization of the early life of patients

Показатель/Parametrer	Число пациентов (абс/%)/ Number of patients (abs/%)			Достоверность различий (критерий Фишера)/ Significance of differences (Fisher criterion)		
	ПРЛ/ BPD (<i>n</i> = 26)	БАР/BD (<i>n</i> = 18)	РДР/RDD (<i>n</i> = 14)	ПРЛ/БАР// BPD /BD	ПРЛРДР//ВПД/ RDD	БАР/РДР//BD /RDD
Отстраненность воспитателя/ Teacher's detachment	15 (58%)	5 (28%)	2 (14%)	<i>p</i> = 0,048	<i>p</i> = 0,009	<i>p</i> = 0,318
Эмоциональное насилие/ Emotional violence	19 (73%)	6 (33%)	2 (14%)	<i>p</i> = 0,010	<i>p</i> = 0,001	<i>p</i> = 0,207
Физическое насилие/ Physical violence	11 (42%)	3 (17%)	1 (7%)	<i>p</i> = 0,003	<i>p</i> = 0,001	<i>p</i> = 0,403

Таблица 3. Значимые различия клинических проявлений, характерных для ПРЛ**Table 3 Significant differences in clinical manifestations of BPD**

Показатель/Parametrer	Число пациентов (абс/%)/ Number of patients (abs/%)			Достоверность различий (критерий Фишера)/ Significance of differences (Fisher criterion)		
	ПРЛ/ BPD (<i>n</i> = 26)	БАР/BD (<i>n</i> = 18)	РДР/ RDD (<i>n</i> = 14)	ПРЛ/БАР// BPD /BD	ПРЛ/РДР// BPD/RDD	БАР/РДР//BD /RDD
Неопределенность самоидентификации/Uncertainty of self-identification	21 (81%)	3 (17%)	1 (7%)	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> = 0,402
Нестабильное настроение/ Unstable mood	24 (92%)	4 (22%)	2 (14%)	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> = 0,460
Импульсивность/ Impulsivity	17 (65%)	4 (22%)	-	<i>p</i> = 0,005	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> = 0,086
Самоповреждения/ Self-harm	20 (77%)	4 (22%)	-	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> = 0,085
Сложности с пониманием чувств/ Difficulties with understanding feelings	17 (65%)	3 (17%)	-	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> < 0,005	<i>p</i> = 0,165

и внутренних предпочтений, нестабильного настроения, импульсивности, и самоповреждений. У пациентов с ПРЛ и депрессивным синдромом статистически значимо чаще обнаруживаются сложности с пониманием чувств (табл. 3).

У пациентов с ПРЛ и депрессивным синдромом чаще, чем при БАР и РДР, наблюдаются идеи самоуничижения, сниженные самооценка и чувство уверенности. Астения встречается значительно реже, чем в других группах пациентов (табл. 4).

Результаты сравнительного анализа по данным шкалы депрессии Гамильтона представлены в таблице 5. Среди пациентов с ПРЛ несколько чаще наблюдались случаи легкой депрессии и отсутствовали случаи тяжелой депрессии. Среди пациентов с БАР и РДР чаще встречались случаи умеренной депрессии (табл. 5).

По результатам самооценки, клинически выраженная депрессия отмечалась более чем у половины пациентов с ПРЛ.

Пациенты с ПРЛ характеризовались большей частотой и выраженностью клинически очерченной тревоги: более чем в половине случаев у пациентов с ПРЛ и депрессивным синдромом наблюдается клинически выраженная тревога, превышающая таковую в остальных группах сравнения (табл. 6).

Пациенты с ПРЛ набирали самые высокие баллы по шкале тревоги. Выраженность депрессивной

симптоматики по Госпитальной шкале находится примерно на одинаковом уровне среди всех групп. По шкале Гамильтона пациенты с БАР и РДР имеют схожие показатели. Пациенты с ПРЛ по экспертной оценке набирают меньшее количество баллов, в отличие от результатов самооценки. Уровень суицидального риска по ШОРС был выше в группе ПРЛ (табл. 7).

Разработана эффективная модель логистической регрессии для подтверждения диагноза ПРЛ у пациентов с депрессивным синдромом. Десять предикторов: контролирующее, непредсказуемое поведение воспитателя, гомо/бисексуальность, хроническое чувство пустоты, нестабильное настроение, идеи вины и самоуничижения, а также сложности с пониманием чувств по данным ЭПО и средний суицидальный риск по шкале оценки риска суицида — повышают вероятность диагноза ПРЛ. Такие симптомы как употребление психоактивных веществ (ПАВ), вспышки гнева в наибольшей степени повышают вероятность диагностической ошибки, так как могут приводить к ложноположительному диагнозу (табл. 8). Отобранные предикторы имеют диагностическую эффективность 96% в диагностике ПРЛ. Из 26 пациентов с диагнозом ПРЛ модель правильно классифицировала 26 пациентов (истинно положительные результаты, *True Positive*, TP), и только 2 пациента были неправильно классифицированы как имеющие диагноз ПРЛ (ложноположительные результаты, *False Positive*, FP).

Таблица 4. Сравнительная характеристика структуры депрессии по результатам клинического и психологического обследования**Table 4** Comparative characterization of the structure of depression according to the results of clinical and psychological examination

Показатель/Parametrer	Число пациентов (абс/%) / Number of patients (abs/%)			Достоверность различий (критерий Фишера)/ Significance of differences (Fisher criterion)		
	ПРЛ/ BPD (n = 26)	БАР/BD (n = 18)	РДР/RDD (n = 14)	ПРЛ/БАР// BPD /BD	ПРЛ/РДР// BPD/RDD	БАР/РДР//BD /RDD
Жалобы на утрату интересов и удовольствия/Anhedonia	13 (50%)	7 (39%)	7 (50%)	Значимых различий не найдено/ no significant		
Астения/Asthenia	12 (46%)	17 (94%)	13 (93%)	p < 0,005	p < 0,005	p = 0,692
Снижение способности концентрации внимания/Reduced concentration	9 (35%)	11 (61%)	3 (21%)	Значимых различий не найдено/ no significant		
Идеи самоуничижения, снижение самооценки и уверенности/Ideas of self-deprecation, decreased self-esteem and confidence	13 (50%)	3 (17%)	2 (14%)	p = 0,024	p = 0,027	p = 0,624
Мрачное и пессимистическое видение будущего/Dark view of the future	7 (27%)	7 (39%)	3 (21%)	Значимых различий не найдено/ no significant		
Жалобы на нарушения сна/Sleep disorders complains	7 (27%)	13 (72%)	8 (57%)	p < 0,005	p = 0,062	p = 0,302
Проявления соматического синдрома/ Somatic syndrome	3 (12%)	5 (28%)	3 (21%)	Значимых различий не найдено/ no significant		

Таблица 5. Сравнительный анализ уровня депрессии по шкале Гамильтона**Table 5** Comparative analysis of depression severity according to the Hamilton scale

Группы пациентов/Patients' diagnosis	Легкая депрессия, баллы/ Mild depression, score M ± m	Умеренная депрессия, баллы/ Moderate depression, score M ± m	Тяжелая депрессия, баллы/ Severe depression, score M ± m
ПРЛ/BPD	10,20 ± 1,87 (n = 10)	15,6 ± 1,52 (n = 5)	–
БАР/BD	10,00 ± 2,00 (n = 8)	15,63 ± 0,92 (n = 8)	20,00 ± 0,00 (n = 1)
РДР/RDD	9,67 ± 2,08 (n = 3)	16,78 ± 1,39 (n = 9)	20,00 ± 0,00 (n = 1)

Таблица 6. Сравнительный анализ уровня депрессии и тревоги по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии**Table 6** Comparative analysis of the level of depression and anxiety according to the Hospital Anxiety and Depression Scale

Группы пациентов/ Patients' diagnosis	Субклинически выраженная депрессия, баллы/Subclinical depression, score M ± m	Клинически выраженная депрессия, баллы/ Clinically marked depression, score M ± m	Субклинически выраженная тревога, баллы/ Subclinical anxiety, score M ± m	Клинически выраженная тревога, баллы/Clinically marked anxiety, score M ± m
ПРЛ/BPD	8,60 ± 0,55 (n = 5)	19,17 ± 3,10 (n = 12)	9,50 ± 0,71 (n = 2)	18,82 ± 4,24 (n = 17)
БАР/BD	9,00 ± 1,15 (n = 4)	18,56 ± 4,80 (n = 9)	9,29 ± 0,95 (n = 7)	14,75 ± 4,99 (n = 4)
РДР/RDD	10,00 ± 0,00 (n = 1)	17,18 ± 3,66 (n = 11)	8,86 ± 0,69 (n = 7)	16,8 ± 3,56 (n = 5)

Из 32 пациентов без диагноза ПРЛ, модель правильно классифицировала 30 пациентов (истинно отрицательные результаты, *True Negative*, TN), и не было пациентов, неправильно классифицированных как не имеющие диагноза ПРЛ (ложноотрицательные результаты, *False Negative*, FN).

Среди возможных предрасполагающих к формированию ПРЛ факторов со стороны характерных черт воспитателя (со слов пациента) были выделены:

«вербальная агрессия», «физическая агрессия», «преступная деятельность», « злоупотребление алкоголем», «отстраненное поведение», «непредсказуемое поведение», «контролирующее поведение», последние два показали наибольшую диагностическую эффективность в моделях.

При изучении наркологического анамнеза (курение, злоупотребление алкоголем, употребление ПАВ) не было выделено достаточно убедительных предикторов,

Таблица 7. Результаты шкальной оценки в группах сравнения
Table 7 Results of scale assessment in comparison groups

	Результаты в среднем по группе, баллы/ Average scores in group $M \pm m$			Достоверность различий/Significance of differences		
	ПРЛ/ВРД (n = 26)	БАР/ВД (n = 18)	РДР/РДД (n = 14)	ПРЛ/БАР// ВРД/ВД	ПРЛ/РДР// ВРД/РДД	БАР/РДР//ВД /РДД
Уровень тревоги по Госпитальной шкале/ HADS' anxiety level	17,05 ± 1,14	10,29 ± 1,25	12,64 ± 1,31	t = 3,508 p < 0,005	t = 2,577 p = 0,015	t = -0,887 p = 0,383
Уровень депрессии по Госпитальной шкале/HADS depression level	14,29 ± 1,48	15,71 ± 1,66	15,85 ± 1,25	значимых различий не найдено/ no significant		
Уровень депрессии по шкале Гамильтона/ HAMD depression level	9,91 ± 1,05	13,00 ± 0,92	15,71 ± 1,16	t = -2,189 p = 0,035	U = 62,5 p < 0,005	U = 84,5 p = 0,119
Суицидальный риск по шкале ШОРС/The Sad Persons Scale (suicidal risk)	2,04 ± 0,21	1,56 ± 0,86	1,00 ± 0,30	значимых различий не найдено/ no significant		

Таблица 8. Результаты логистической регрессии
Table 8 Logistic regression results

Предиктор/Predictor	Коэффициент/ Ratio	Отношение шансов/ Odds ratio
Контролирующее поведение воспитателя/Teacher's behaviour control	-16,708	0,0000005543013
Непредсказуемое поведение воспитателя/Unpredictable behavior of teacher	-12,089	0,000005621344
Гомо/бисексуальность/Homo/bisexuality	-35,239	0,0000
Хроническое чувство пустоты/Chronic feeling of emptiness	-11,550	0,000009631947
Употребление ПАВ/Substance addiction	15	3030874
Нестабильное настроение/Unstable mood	-15,937	0,0000001198923
Вспышки гнева/Outbursts of anger	18	78668340
Идеи вины и самоуничижение/Ideas of self-deprecation	-14,685	0,0000004190231
Сложности с пониманием чувств по данным ЭПО/Difficulties with understanding feelings	-15,968	0,0000001161678
Средний суицидальный риск по шкале оценки риска суицида	-10,352	0,00003193689

Примечание: конечная потеря — 2,823, критерий хи-квадрат — 74,138, p < 0,001.

Notes: finite loss — 2,823, Chi-square criterion — 74,138, p < 0,001.

наоборот — факт употребления ПАВ снижал диагностическую точность.

Исследованы основные проявления ПРЛ: «недопределенность образа „Я“», «трудности в продолжении действий, которые не принесут удовлетворения немедленно», «нестабильность планов», «избегание уединения», «вовлечение в нестабильные отношения, которые приводят к эмоциональным кризисам», «импульсивность», «вспышки гнева», «конфликтность», «хроническое чувство пустоты», «самоповреждения», «нестабильное настроение». Самыми эффективными для прогноза оказались «хроническое чувство пустоты» и «不稳定ное настроение», причем предиктор «вспышки гнева» существенно снижал диагностическую точность, модель с классическим для ПРЛ симптомом «самоповреждения» оказалась чуть менее точной, чем без него.

Симптом «идеи вины и самоуничижение» оказался самым показательным из изученных депрессивных симптомов: «жалобы на утрату интересов и удовольствия», «повышенная утомляемость и сниженная активность по жалобам», «снижение способности концентрации внимания по данным ЭПО», «жалобы на сниженные самооценку и чувство уверенности в себе»,

«идей вины и самоуничижение», «мрачное и пессимистическое видение будущего», «жалобы на нарушения сна», «проявления соматического синдрома».

При ЭПО наиболее часто встречались такие характеристики пациентов, как «психический инфантилизм/незрелость суждений» и «сложности с пониманием чувств», причем последняя значительно повышает точность диагностики.

ОБСУЖДЕНИЕ

В имеющихся работах, посвященных ПРЛ, отмечается существенное влияние эмоционального насилия над детьми [20–22], но уделяется мало значения конкретным характеристикам воздействия. Полученные в ходе исследования данные о факторах формирования ПРЛ подчеркивают важность таких стрессоров как непредсказуемость родителя, непоследовательность в воспитании и гиперконтроль над ребенком.

У пациентов с ПРЛ наблюдается более низкая самооценка и уверенность в себе, сложности с пониманием собственных чувств по сравнению с другими группами пациентов. В имеющихся на сегодняшний день исследованиях данным симптомам уделяется мало внимания,

они требуют дальнейшего изучения, являются важным направлением для понимания психологических особенностей пациентов с ПРЛ и разработки эффективных методов лечения.

Депрессивные симптомы у пациентов с ПРЛ имеют явные отличительные черты. Полученные результаты подтверждают существующую гипотезу о том, что ПРЛ является базовой патологией, провоцирующей периодические депрессивные состояния за счет личностных особенностей, таких как неопределенность самоидентификации (в том числе неопределенность сексуальных предпочтений), нестабильность целей и планов, неумение выстраивать межличностные отношения, импульсивность, вспышки гнева [23]. Депрессия сопровождается несуицидальным самоповреждающим поведением и тревогой, при этом нестабильное настроение является одним из ведущих симптомов. Необходимо учитывать индивидуальные особенности депрессивных симптомов у пациентов с ПРЛ при диагностике и выборе методов лечения.

Низкая частота астенических и соматических симптомов у пациентов с ПРЛ по сравнению с другими группами может подтверждать субъективность тяжелого переживания депрессии. По шкале Гамильтона пациенты с ПРЛ в среднем набирали меньше баллов, чаще соответствовали критериям легкого депрессивного расстройства. Это свидетельствует о том, что депрессивные симптомы у пациентов с ПРЛ могут быть менее выражены, чем у пациентов с БАР и РДР. Несмотря на отсутствие статистически значимых результатов по шкале самооценки HADS D, мы предполагаем, что даже незначительные депрессивные симптомы могут существенно снижать качество жизни пациентов с ПРЛ, так как накладываются на уже имеющуюся эмоциональную дисрегуляцию, в том числе повышая уровень тревоги. Различия в объективной и субъективных шкалах еще раз подтверждают высокую чувствительность пациентов с ПРЛ к внешним событиям и внутренним ощущениям, неспособность совладать с ней, что приводит к регулярным декомпенсациям. Это предположение требует дальнейшего изучения и подтверждения в будущих исследованиях, но уже сейчас становится очевидно, как преобладание в лечении методов индивидуальной и групповой психотерапии могут повлиять на длительность и качество ремиссии.

Разработанная модель логистической регressии может быть использована для прогнозирования диагноза ПРЛ у пациентов с депрессивным синдромом на основе десяти предикторов. Контролирующее поведение воспитателя, непредсказуемое поведение воспитателя, гомо/бисексуальность, хроническое чувство пустоты, нестабильное настроение, идеи вины и самоунижение, сложности с пониманием чувств по данным ЭПО, средний суицидальный риск по шкале оценки риска суицида предсказывают диагноз ПРЛ. Употребление ПАВ, вспышки гнева, неспособность контролировать свое поведение затрудняют правильную постановку диагноза и требуют использования большего количества

диагностических тестов для дифференциальной диагностики. Исследование демонстрирует эффективность применения модели логистической регрессии для прогнозирования диагноза ПРЛ. Разработанная система критериев позволяет сделать акцент в интервью на десяти пунктах для наиболее точной дифференциальной диагностики.

Вместе с тем, следует отметить ограниченность выборки в нашем исследовании, что требует дальнейшего изучения на более широкой базе для подтверждения полученных результатов.

ВЫВОДЫ

Особую значимость для развития ПРЛ представляет детский психотравмирующий опыт: отстраненность, эмоциональное и физическое насилие воспитателя. Во время декомпенсации на первый план выходят такие симптомы ПРЛ как: неопределенность самоидентификации, нестабильность целей и планов, неумение выстраивать межличностные отношения, нестабильное настроение, импульсивность, вспышки гнева и несуицидальное самоповреждающее поведение.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. World Health Organization International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Tenth Revision. 2004; ISBN 9241546492
2. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res.* 2013 Oct; 47(10):1499–506. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.012 Epub 2013 Jul 12. PMID: 23856083; PMCID: PMC3884821.
3. Doering S. Borderline Personality Disorder in Patients With Medical Illness: A Review of Assessment, Prevalence, and Treatment Options. *Psychosom Med.* 2019;81(7):584–594. doi: 10.1097/PSY.0000000000000724 PMID: 31232916.
4. Winsper C. Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Curr Opin Psychol.* 2021;37:94–97. doi: 10.1016/j.copsyc.2020.09.010 Epub 2020 Sep 22. PMID: 33091693.
5. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry.* 1991;148:967–975
6. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry.* 2001;42(2):144–50. doi: 10.1053/comp.2001.19749 PMID: 11244151.
7. 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

- Petrova NN, Charnaya DI, Chumakov EM. Borderline Personality Disorder: Diagnosis. *Doctor.Ru*. 2022; 21(8):66–71. (In Russ.). doi: 10.31550/1727-2378-2022-21-8-66-71
8. Петрова НН, Чарная ДИ, Хоменко АЕ, Маматходжаева ТБ, Чумаков ЕМ. Пограничное расстройство личности в клинической внебольничной практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(12):111–116. doi: 10.17116/jneuro2022122121111
 - Petrova NN, Charnaia 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/jneuro2022122121111
 9. Хасanova AK, Mosolov SN. Пограничное расстройство личности: клиника, классификация и дифференциальная диагностика *Психиатрия и психофармакотерапия* 2023;5:4–17
 - Khasanova AK, Mosolov SN. Borderline personality disorder, clinic, classification and differential diagnosis. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2023;5:4–17
 10. Felding SU, Mikkelsen LB, Bach B. Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses? *Australas Psychiatry*. 2021;29(6):590–594. doi: 10.1177/10398562211014212 Epub 2021 May 16. PMID: 33993748.
 11. Bozzatello P, Rocca P, Baldassarri L, Bosia M, Bellino S. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front Psychiatry*. 2021;12:721361. doi: 10.3389/fpsyg.2021.721361 PMID: 34630181; PMCID: PMC8495240.
 12. Jacobi F, Grafiadeli R, Volkmann H, Schneider I. Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität [Disease burden of borderline personality disorder: cost of illness, somatic comorbidity and mortality]. *Nervenarzt*. 2021;92(7):660–669. German. doi: 10.1007/s00115-021-01139-4 Epub 2021 Jun 7. PMID: 34097089.
 13. Black DW, Blum N, Pfahl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord*. 2004;18(3):226–239. doi: 10.1521/pedi.18.3.226.35445
 14. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients-A Comparative Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:290. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00290 PMID: 32362847; PMCID: PMC7181053.
 15. Zeng R, Cohen LJ, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen ZS, Galynker I. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res*. 2015 Mar 30; 226(1):361–367. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.020 Epub 2015 Jan 28. PMID: 25661531.
 16. Koenigsberg HW, Anwunah I, New AS, Mitropoulou V, Schopick F, Siever LJ. Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depress Anxiety*. 1999;10(4):158–167. doi: 10.1002/(sici)1520-6394(1999)10:4<158::aid-da4>3.0.co;2-b PMID: 10690577.
 17. Akiskal HS, Yerevanian BI, Davis GC, King D, Lemmi H. The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. *Am J Psychiatry*. 1985;142(2):192–8. doi: 10.1176/ajp.142.2.192 PMID: 3970243.
 18. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*. 1991;148(8):967–75. doi: 10.1176/ajp.148.8.967 PMID: 1823531.
 19. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, Grilo CM, Sanislow CA, Yen S, Daversa MT, Bender DS. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(8):1049–56. doi: 10.4088/jcp.v65n0804 PMID: 15323588.
 20. Porter C, Palmier-Claud J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(1):6–20. doi: 10.1111/acps.13118 Epub 2019 Nov 18. PMID: 31630389.
 21. Esmaeilian N, Dehghani M, Koster E, Hoorelbeke K. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. *Clin Psychol Psychother*. 2019;26(3):388–398. doi: 10.1002/cpp.2360 Epub 2019 Mar 5. PMID: 30771229.
 22. Goldbach RE, Neukel C, Panizza A, Reinken A, Krause-Utz A. Differentiating between intrapsychic symptoms and behavioral expressions of borderline personality disorder in relation to childhood emotional maltreatment and emotion dysregulation: an exploratory investigation. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2263317. doi: 10.1080/20008066.2023.263317 Epub 2023 Oct 17. PMID: 37846822; PMCID: PMC10583625.
 23. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, Zanarini MC, Grilo CM, Sanislow CA, Yen S, Daversa MT, Bender DS. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry*. 2004 Aug;65(8):1049–56. doi: 10.4088/jcp.v65n0804 PMID: 15323588.
 24. Stanley B, Wilson ST. Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2006;20(4):307–18. doi: 10.1521/pedi.2006.20.4.307 PMID: 16901256

Сведения об авторах

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

Петр Юрьевич Завитайлов, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия
zavit@rambler.ru; <https://orcid.org/0009-0009-6593-9493>

Ирина Александровна Числова, клинический ординатор, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия
boriusfag@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2969-8209>

Information about the authors

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

Petr Y. Zavitaev, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
zavit@rambler.ru; <https://orcid.org/0009-0009-6593-9493>

Irina A. Chislova, Resident, Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
boriusfag@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2969-8209>

Вклад авторов

Петрова Н.Н. — концептуализация, методология, создание рукописи и ее редактирование, визуализация, руководство исследованием, администрирование проекта;

Завитайлов П.Ю. — ресурсы, контроль данных, создание рукописи и ее редактирование;

Числова И.А. — программное обеспечение, формальный анализ, проведение исследования, создание черновика рукописи, визуализация.

Authors' contribution

Natalia N. Petrova — Conceptualization Methodology. Writing — review and editing Visualization Supervision Project administration;

Petr Y. Zavitaev — Resource Data curation. Writing — review and editing;

Irina A. Chislova — Software Formal analysis Investigation Writing — original draft Visualization.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interests.

Дата поступления 12.03.2025 Received 12.03.2025	Дата рецензирования 28.03.2025 Revised 28.03.2025	Дата принятия к публикации 02.06.2025 Accepted for publication 02.06.2025
--	--	--