

© Кулешов А.А., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89; 616.891.7; 616.89-008.48

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41>

Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте

Алексей Андреевич Кулешов

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Алексей Андреевич Кулешов, kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com

Резюме

Обоснование: пограничное расстройство личности (ПРЛ) в юношеском возрасте характеризуется высокой распространенностью, обнаруживает значительный полиморфизм психопатологической структуры, что создает трудности в проведении дифференциальной диагностики и оценки коморбидности с другими расстройствами. До настоящего времени не предпринималось специальных исследований по изучению ПРЛ в юношеском возрасте, что объясняет актуальность настоящего исследования. **Цель:** выявление клинических особенностей ПРЛ в юношеском возрасте с определением ведущих психопатологических синдромов и установлением дифференциально-диагностических критериев их оценки. **Пациенты и методы:** исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического, психометрического (шкалы PBQ-BPD, TAS, BIS-11) и статистических методов. Был обследован 71 пациент юношеского возраста в возрасте 16–25 лет, среди них 28 женщин (39%) и 43 мужчины (61%). Все пациенты наблюдались амбулаторно или стационарно с диагнозом пограничного расстройства личности в клинике НЦПЗ в 2019–2021 гг. **Результаты:** клинические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте представлены явлениями аффективной нестабильности, диссоциативными расстройствами с нарушениями самоидентификации и патологией влечений. На основании анализа клинической картины выделены три типа ПРЛ: с явлениями «аффективного шторма» (I тип); с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адреналиномании» (II тип); с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации (III тип). Для каждой выделенной разновидности ПРЛ в юности обнаружены характерные особенности аффективных и поведенческих расстройств, определены психопатологические признаки, влияющие на их дальнейшую динамику, с учетом роли аутоагрессивного поведения и высокого уровня суицидальности. **Выводы:** обнаруженные психопатологические закономерности формирования ПРЛ в юношеском возрасте помогают оценить нарушения личностного и социального функционирования, прогнозировать риск возникновения аутоагрессивных поступков и суицидальной активности, что может способствовать совершенствованию диагностической и прогностической оценки пограничного расстройства личности в юношеском возрасте.

Ключевые слова: юношеский возраст, пограничное расстройство личности, аутоагрессия, суицидальность

Для цитирования: Кулешов А.А. Клинико-психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2022;20(2):32–41. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41>

RESEARCH

UDC 616.89; 616.891.7; 616.89-008.48

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41>

Clinical and Psychopathological Features of Borderline Personality Disorder in Adolescence

Alexey Andreevich Kuleshov

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Alexey A. Kuleshov, kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com

Summary

Background: Borderline personality disorder (BPD) in adolescence has a high prevalence and a significant polymorphism of the psychopathological structure which creates considerable difficulties to conduct differential diagnostics and assessing comorbidity with other disorders. To date, special research has not been carried out to explore BPD in adolescents that highlights the relevance of the present study. **Objectives:** identification of the borderline personality disorder (BPD) clinical features, leading psychopathological syndromes and differential diagnostics criteria in adolescence. **Patients and methods:** 71 young patients (16–25 years old) with borderline personality disorder were examined by clinical psychopathological and psychometrical methods (PBQ-BPD, TAS, BIS-11). This study includes 28 women (39%) and 43 men (61%) who were examined as inpatient or outpatient in the Mental Health Research Centre in 2019–2021. **Results:** key symptoms complexes were identified and presented by affective

instability, dissociative state with identity disturbance and addictive behavior. Based on the analysis of the clinical picture and the discovered patterns, three types of BPD in adolescents were identified: with an “affective storm” (type I); with a dominance of impulsive and addictive features such as “adrenaline addiction” (type II); with a dominance of “cognitive dissociation” and self-identity disorder (type III). Distinctive features of the clinical pictures of affective and behavioral disorders for each type of BPD in adolescence were found and psychopathological signs and their impact on further dynamics were determined, taking into account an auto-aggressive behavior and a high level of suicidality. **Conclusions:** the found psychopathological patterns of BPD formation in adolescence help to assess the disorders of personality and social functioning and to predict the risk of auto-aggression and suicidal activity for the diagnostic and prognostic assessment of borderline personality disorder in adolescence.

Keywords: adolescence, borderline personality disorder, auto-aggression, suicidality

For citation: Kuleshov A.A. Clinical and Psychopathological Features of Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):32–41. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-32-41>

ВВЕДЕНИЕ

Изучение пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юношеском возрасте является актуальной проблемой в связи с высокой распространенностью этого расстройства. В общей популяции она составляет от 1 до 3% [1], для пациентов амбулаторно-консультативных учреждений определяется в диапазоне от 11 до 33% [2], среди пациентов, госпитализированных в психиатрические стационары, достигает 43–50% [3]. Клинические характеристики ПРЛ в юношеском возрасте разнообразны, характеризуются широкой представленностью аффективных, невротоподобных и поведенческих расстройств в виде нарушений влечений и ауто- и гетероагрессивных поступков [4]. Важной психопатологической и прогностической чертой пограничного расстройства личности является аутоагрессивное поведение, входящее в диагностические критерии международных классификаций МКБ-10 и DSM-5. По данным одного из исследований, аутоагрессивное поведение представлено в 75–85% случаев несуйцидальными самоповреждениями (НССП), в 10–44% — суйцидальными попытками (СП) [5]. Значительная распространенность аутоагрессии обусловлена влиянием основных клинических признаков ПРЛ, таких как нарушение контроля над импульсами и расстройство самоидентификации [6].

Формирование клинических симптомокомплексов и патологической структуры ПРЛ в юношеском возрасте связано с рядом факторов риска, среди которых наследственная отягощенность личностными аномалиями у родственников, наличие предшествующих расстройств поведения в детском и подростковом возрасте [7], психотравмирующих ситуаций, эпизодов применения психического, физического и сексуального насилия [8]. Одним из возможных предикторов формирования ПРЛ в юности признается наличие диагностированного ранее синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), симптомы которого могут с возрастом трансформироваться в клинические признаки ПРЛ [9].

Клинические особенности ПРЛ поднимают вопросы дифференциальной диагностики и оценки коморбидности с другими психопатологическими расстройствами. Клинический полиморфизм в совокупности с несовершенством критериев оценки приводит к высокой частоте установления ошибочных диагнозов.

Наибольшую трудность представляет разграничение ПРЛ с биполярным аффективным расстройством (БАР) [10], особенно учитывая данные о наличии циклотимической предрасположенности у этих пациентов [11]. Родственность клинической картины аффективных нарушений при ПРЛ и БАР позволяет некоторым авторам рассматривать ПРЛ в поле биполярного спектра [12], другие исследователи, напротив, утверждают их независимое существование [13]. Не меньшую сложность вызывает отграничение ПРЛ от расстройств шизофренического спектра [14] в связи с наличием нарушений самоидентификации, когнитивных искажений, аттенуированной психотической симптоматики.

Таким образом, сохраняет актуальность вопрос верификации основных симптомокомплексов ПРЛ с учетом патопластических и патогенетических особенностей юношеского возраста. Остается нерешенной проблема определения дифференциально-диагностических критериев пограничного расстройства личности в юности, которые необходимо учитывать при синдромальной и нозологической оценке психопатологических симптомокомплексов ПРЛ. Верификация диагностических критериев необходима для определения прогноза, обоснования терапевтических, психокоррекционных и социально-трудовых мер реабилитации пациентов.

Цель исследования — выявление клинических особенностей пограничного расстройства личности в юношеском возрасте с определением ведущих психопатологических синдромов и установлением дифференциально-диагностических критериев их оценки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Когортное нерандомизированное проспективное исследование выполнено в отделе юношеской психиатрии (зав. отделом д.м.н. В.Г. Каледа) ФГБНУ НЦПЗ (директор проф. Т.П. Ключник). Клинико-психопатологическим методом обследован 71 пациент юношеского возраста (16–25 лет), среди них 28 женщин (39%) и 43 мужчины (61%). Все пациенты наблюдались с диагнозом «пограничное расстройство личности» амбулаторно или стационарно в клинике ФГБНУ НЦПЗ в 2019–2021 гг.

Критерии включения пациентов в исследование: установленный диагноз ПРЛ согласно критериям МКБ-10, МКБ-11, DSM-5: эмоционально неустойчивое

расстройство личности, пограничный тип (F60.31); пограничный паттерн (6D11.5 в МКБ-11); пограничное расстройство личности (301.83 в DSM-5) и сопутствующие коморбидные расстройства (F30.XX–39.XX, F40–48XX, F50–59XX).

Критерии не включения в исследование: 1. Наличие в анамнезе психотических приступов, соответствующих критериям шизофрении (F20.X). 2. Наличие выраженной негативной симптоматики. 3. Сопутствующая психическая, соматическая или неврологическая патология в состоянии декомпенсации.

Настоящее исследование проведено в соответствии с положениями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации по вопросам медицинской этики с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников. Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ (протокол № 605 от 27.12.2019). Все обследуемые дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Для определения соответствия критериям ПРЛ и дифференциально-диагностической оценки ведущих синдромов были избраны клинико-психопатологический (включающий анализ анамнестических сведений и психического статуса) и психометрические методы исследования. Выраженность депрессивных и тревожных симптомов оценивалась при помощи шкалы депрессии и шкалы тревоги Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale и Hamilton Anxiety Rating Scale). При верификации ПРЛ использовалось структурированное клиническое интервью для расстройств личности DSM-5 (Structured Clinical Interview for Dsm-5(r) Personality Disorders, SCID-5-PD). Тяжесть и особенности клинической картины оценивались при помощи опросника дисфункциональных убеждений личности для ПРЛ (Personality Belief Questionnaire for Borderline Personality Disorder, PBQ-BPD) [15]. Выраженность эмоциональных расстройств определяли при помощи Торонтской алекситимической шкалы (Toronto Alexithymia Scale, TAS) [16]. Шкала импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) [17] использовалась для измерения поведенческих расстройств, аддиктивного поведения и общей импульсивности. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 для WINDOWS (StatSoft, USA). Для определения статистической значимости различий использовали критерий Пирсона χ^2 , t-критерий Стьюдента. Критическим уровнем статистической значимости принято значение $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования обнаружено, что явления аффективной нестабильности в совокупности со снижением контроля над импульсами и нарушениями самоидентификации занимают одно из центральных положений в клинической картине

ПРЛ в юношеском возрасте. Эти состояния приобретают полиморфный характер под влиянием возрастного фактора и психотравмирующих триггеров с формированием единого континуума психопатологических расстройств с поведенческими нарушениями и антивитальной активностью. В изученной группе больных поведенческие расстройства характеризовались оппозиционными и протестными поступками, сопровождались конфликтностью, отрицанием общепризнанных авторитетов и этических норм. У них наблюдалась расторможенность влечений с беспорядочной сексуальной активностью, формированием игровых и интернет-зависимостей, злоупотреблением ПАВ и алкоголем. Характерным было разнообразие психопатологических комплексов. У части больных наблюдалась тенденция к формированию аффективных фаз с биполярной амплитудой. В другой группе исследованных пациентов отмечалось преобладание когнитивных искажений и расстройств самоидентификации, которые в совокупности создавали благоприятную почву для возникновения сверхценных образований как с преобладанием аффективного компонента, так и с доминированием расстройств влечений, что приводило к формированию особого «жизненного стиля». Для этих пациентов был характерен выбор профессии, связанной с высоким риском для жизни, предпочтением экстремальных условий трудовой деятельности с постоянным ощущением психического и физического напряжения. Стремление к риску также выражалось в участии в азартной и нелегальной деятельности с последующим совершением криминальных поступков и привлечением к уголовной ответственности, что становилось значительным негативным социальным фактором, дополнительно влияющим на усиление явлений дезадаптации. Реже в структуре аффективных состояний при ПРЛ встречались дисморфофобические и ипохондрические сверхценные идеи. Они находили отражение в формировании «культы тела», направленного на укрепление мышечной мускулатуры, с регулярным и иногда чрезмерно частым посещением тренажерных залов. Целью этого было достижение физического превосходства с субъективно приятными ощущениями собственной ловкости и подвижности. Нередко это сочеталось с расстройством пищевого поведения и со временем включалось в структуру аддикций.

Особое внимание уделено когнитивно-перцептивным расстройствам, которые обнаруживали четкую связь с экзогенной и психогенной провокацией. Эти состояния были представлены аттенуированными симптомами психотического регистра, сопровождались нарушениями самоидентификации и диссоциативной симптоматикой. В ряде случаев на высоте болезненного состояния возникало кратковременное ощущение потери контроля над своими мыслями и поступками, сопровождающееся перцептивными расстройствами в виде элементарных обманов восприятия. Диссоциативная симптоматика возникала при наличии уже существующих расстройств самоидентификации

и значительно их усиливала. Пациенты характеризовали эти явления как чувство оторванности собственной личности от реальности, сообщали о полной или частичной потере возможности в полной мере воспринимать собственные эмоции и способности распознавать их у других людей. Когнитивные искажения и тревожно-депрессивный аффект обуславливали высокую частоту коморбидности с обсессивно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами. Обсессивно-фобические феномены были тесно связаны с реальными жизненными событиями и пессимистическими установками больных с возникновением навязчивой рефлексии и руминаций. Пациенты отмечали сомнения в правильности своих поступков, испытывали потребность в перепроверке своих действий. Субъективно неприятные воспоминания прошлого также становились частью руминативного самоанализа, при этом сохраняя навязчивый, чуждый для больного характер переживаний. Нередко отмечалась коморбидность с другими состояниями невротического регистра, которые были представлены паническими атаками со страхом смерти, агорафобией и клаустрофобией, а также контрастными обсессиями политематического содержания.

Мозаичная психопатологическая картина ПРЛ дополнялась формированием аутоагрессивного поведения, которое была представлено несуицидальными самоповреждениями (НССП) и суицидальными попытками (СП). НССП как патологический поведенческий паттерн были включены в структуру суицидального поведения или существовали изолированно в качестве защитного механизма [17]. Высокая частота возникновения аутоагрессивных поступков у исследованных пациентов объяснялась совокупностью факторов, таких как частичная утрата самоконтроля над импульсами на высоте аффективного напряжения, снижение чувствительности к болевым ощущениям, что впоследствии формировало патологическую взаимосвязь между аффективным напряжением и процессом самоповреждения. В свою

очередь это клинически отражалось в преимущественно импульсивном и деперсонализационном характере самоповреждений, которые пациенты описывали как способ «контроля и снятия внутреннего напряжения». У большинства пациентов НССП рецидивировали и были важным предиктором суицида в будущем.

Обнаруженная неравномерность распределения клинических симптомокомплексов в психопатологической структуре ПРЛ юношеского возраста позволила подтвердить предположение о вариативности изучаемого состояния. При сопоставлении частоты, выраженности и возникновения наиболее важных психопатологических симптомов и симптомокомплексов были выделены три типологические разновидности ПРЛ в юношеском возрасте (рис. 1): с явлениями «аффективного шторма» (I тип) [19]; с доминированием расстройств влечения по типу «аддиктивной адренолиномании» (II тип) [20]; с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации (III тип).

Тип ПРЛ с явлениями «аффективного шторма» (15 мужчин, 12 женщин) характеризовался преобладанием полиморфной картины аффективных расстройств [19]. Структура депрессивных состояний была представлена тревожно-дисфорическим аффектом с отсутствием желаний, близким к unlust, а также явлениями негативной аффективности с ощущением эмоциональной «опустошенности». Гипоманиакальные и смешанные фазы были неоднородны, отмечалась многократная смена аффективной составляющей, что приводило к развитию феномена «аффективного шторма» [19]. Быстрая смена фаз сопровождалась поведенческими расстройствами с переоценкой собственных возможностей, утратой критики и нанесением самоповреждений. Интенсивность аффекта способствовала формированию сверхценных идей, преимущественно экзистенциальной, дисморфобической, ипохондрической направленности. Сверхценные идеи

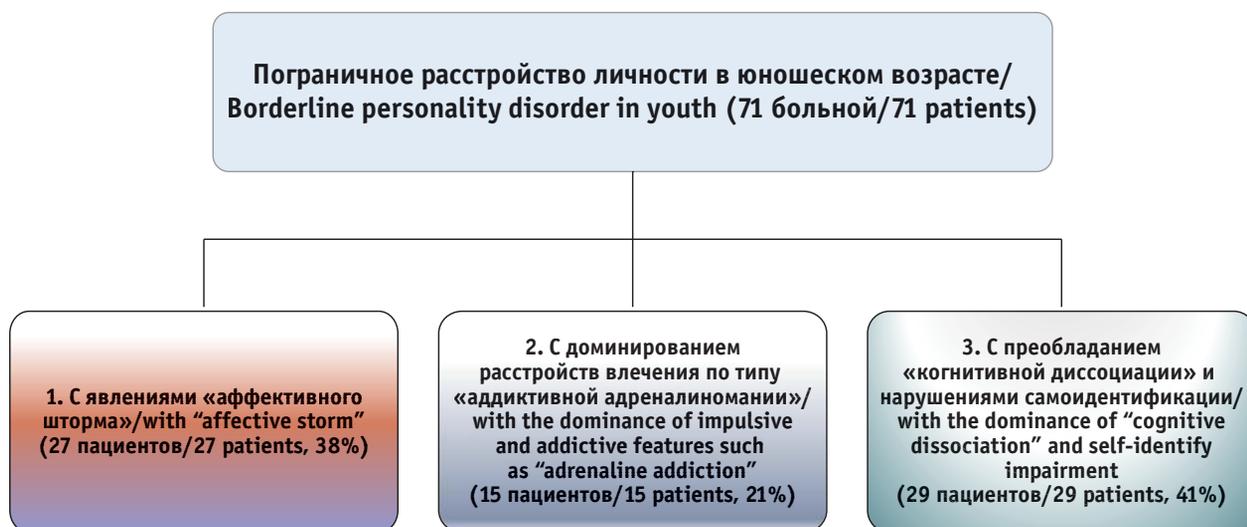


Рис. 1. Типологические разновидности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте
Fig. 1. Typological varieties of borderline personality disorder in youth

экзистенциального содержания в совокупности с расстройствами самоидентификации приводили к утрате способности испытывать положительные эмоции, влияли на мировоззрение больных, обуславливали пессимистическую оценку будущего и собственной жизни. Такое состояние «экзистенциальной фрустрации» являлось дополнительным фактором усиления депрессивного аффекта и эмоциональной лабильности. Употребление ПАВ при данном типе ПРЛ было эпизодическим, оказывало отрицательный эффект в виде усиления амплитуды аффективных колебаний. Совокупность вышеперечисленных характеристик приводила к актуализации антивитальной активности с сопутствующим высоким суицидальным риском.

Согласно полученным результатам оценки антивитальной активности (табл. 1, 2) было выявлено преобладание несуйцидальных самоповреждений (17 пациентов — 68%) при данной типологической разновидности. НССП совершались импульсивно на высоте аффективного напряжения, сопровождалась крайней эмоциональной насыщенностью, гневом, обидой, ощущением «невыносимости» своего существования и становилось для больных «выходом» из непереносимой для них ситуации. Нередко для данной группы пациентов нанесение НССП приобретало демонстративный характер с желанием привлечь внимание окружающих к своим проблемам, поиском помощи. Данной разновидности было свойственно присоединение суицидальной активности, включающей в себя появление суицидальных размышлений и намерений, с последующим образованием сочетанного механизма самоповреждающего поведения, объединяющего как НССП, так и СП (шесть пациентов; 24%). Суицидальные попытки в данном случае являлись продолжением несуйцидальных самоповреждений и во всех наблюдаемых случаях были импульсивными. В отдельных случаях отмечалось возникновение изолированных суицидальных попыток (два пациента; 8%), которым предшествовала суицидальная активность без НССП. В проявлениях СП преобладал импульсивный и в меньшей степени деперсонализационный механизм возникновения, связанный с видом аффекта. Обнаруживалась тенденция к мгновенной реализации суицидальной активности при возникновении незначительной психотравмирующей ситуации.

Тип ПРЛ с доминированием расстройства влечений по типу «аддиктивной адреналиномании» (14 мужчин, одна женщина) [20] определял нарушения влечений. Они занимали одну из ключевых позиций и были представлены поведенческими аддикциями. Высокая степень выраженности этих нарушений приводила к социальной изоляции и учебной дезадаптации больных с формированием соответствующего зависимого образа жизни и нередко сопровождалась возникновением аддиктивных депрессий [21]. Структура таких состояний характеризовалась преобладанием тимического компонента с явлениями гневливой абстиненции над идеаторной фиксацией на объекте

зависимости. Постоянное аффективное напряжение придавало аддикциям сверхценную направленность, которая клинически характеризовалась патологическим стремлением к риску и формировала аддиктивную адреналиноманию [20]. Чувство азарта с потребностью снять «напряжение» приводило к потере контроля и критики. Для части больных с аддиктивной адреналиноманией было свойственно проявлять общественную и политическую активность, но их сверхценные интересы отличались поверхностностью содержательного комплекса. Пациенты не имели четко сформированных позиций и представлений о собственной деятельности, были ориентированы на «поиск драйва», а не на смысловое содержание и реализацию убеждений. Сверхценные идеи ипохондрического и дисморфофобического содержания часто обнаруживали взаимосвязь с телесными сенсациями, что в совокупности составляло феномен соматотонии [22, 23]. Соматотония занимала промежуточную позицию между ипохондрическими и дисморфофобическими расстройствами и в большинстве случаев встраивалась в образ жизни пациентов с ПРЛ, становясь частью поведенческих аддикций. Пациенты были фиксированы на достижении ожидаемых результатов в укреплении мышечной мускулатуры с получением возможности совершать различные сложные упражнения и трюки, что сопровождалось субъективно приятными ощущениями в конечностях. Спортивные аддикции нередко включались в комплекс адреналиномании, что усиливало влечение к опасным видам спорта и травмоопасной профессиональной деятельности.

У значительной части пациентов со сверхценными аддикциями наблюдалось злоупотребление ПАВ, которые вызывали формирование психологической и физической зависимости. Систематический прием ПАВ приводил к высокой частоте развития интоксикации, повышал риск несчастных случаев и смертельного исхода при передозировке ПАВ.

Аутоагрессивные поступки (табл. 1, 2) были представлены несуйцидальными самоповреждениями (восемь пациентов; 89%), реже несуйцидальными самоповреждениями в сочетании с суицидальными попытками (один пациент; 11%). Аутоагрессивные действия носили характер аддиктивных, демонстративных и импульсивных самоповреждений. Для пациентов с этим типом ПРЛ было характерно отсутствие изолированной суицидальной активности.

Тип ПРЛ с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации (19 мужчин, 10 женщин) характеризовался доминированием диссоциативных и обсессивно-компульсивных расстройств. Психопатологическую структуру данных состояний формировали когнитивные искажения по типу дихотомического «черно-белого» мышления [24]. В клинической картине преобладала склонность к рефлексии с навязчивым анализом событий текущей и прошлой жизни. Депрессивный аффект способствовал усилению руминаций, которые

Таблица 1. Аутоагрессивная активность у пациентов в зависимости от типологической разновидности ПРЛ
Table 1. Auto-aggressive activity in patients depending on the type of BPD

Типы ПРЛ/BPD types	Варианты антивита́льной активности/Antivital activities (χ^2 составляет 4,560; $p = 0,000373165$)							
	НССП/NSSI		НССП + СП/NSSI + SA		СП/SA		Все больные с ПРЛ/ All patients with BPD	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Всего/Total	39	63,9	16	26,2	6	9,8	61	100
I тип/Type I	17	68,0	6	24,0	2	8,0	25	100
II тип/Type II	8	88,9	1	11,1	0	0,0	9	100
III тип/Type III	14	51,9	9	33,3	4	14,8	27	100

Обозначения: НССП — несуицидальные самоповреждения; СП — суицидальные попытки.
 Note: NSSI — nonsuicidal self-injury; SA — suicidal attempts.

в ряде случаев достигали степени выраженности «помешательства сомнений» Н. Legrand du Saulle (1875) [25]. У части пациентов обсессивно-компульсивная симптоматика была представлена в виде образных контрастных представлений, тематически связанных с негативными воспоминаниями и травматическим опытом в прошлом. Когнитивные искажения порождали нарушения самоидентификации и диссоциации в виде сплиттинга эмоциональной сферы. Это расщепление эмоций сочетало в себе, с одной стороны, явления болезненной бесчувственности и алекситимии, а с другой — эмоциональную гиперчувствительность (сенситивность). Эмоциональный сплиттинг влиял на способность к социальному и межличностному взаимодействию больных ПРЛ юношеского возраста, нередко приводил к формированию созависимых отношений. В ряде случаев диссоциативные симптомы сочетались с расстройствами влечения с формированием особого аддиктивно-компульсивного варианта развития нехимических и поведенческих аддикций. Преобладание обсессий определяло значительную их выраженность и нередко — в сочетании с эпизодическим употреблением ПАВ — формировало порочный круг аддиктивных расстройств. Диссоциативная симптоматика включала в себя деперсонализационный синдром. Свои переживания пациенты описывали как чувство отчужденности с утратой возможности испытывать положительные эмоции. Не менее редко в психопатологической картине отмечались явления аллопсихической деперсонализации с ощущением изменения восприятия окружающего мира, с утратой чувства вовлеченности в окружающие события.

Вышеперечисленные особенности способствовали формированию мозаичного сверхценного комплекса с доминированием идей собственного несовершенства. Появлялась тенденция к улучшению своего внешнего облика в виде постоянной смены причесок и макияжа, нередко отмечалась сопряженность с аутоагрессивной активностью в виде систематической установки пирсинга, нанесения татуировок,

с постепенным переходом данных расстройств в аддиктивную плоскость.

Для этой типологической разновидности ПРЛ было свойственно возникновение когнитивно-перцептивных расстройств, которые возникали в ответ на значимые для больных психотравмирующие ситуации и провоцировались приемом ПАВ. Данные состояния наблюдались в клинической картине в виде элементарных иллюзорных расстройств и обманов восприятия, не достигающих по своей выраженности галлюцинаторного и бредового уровня, и могли быть квалифицированы в рамках аттенуированного психотического синдрома [26]. Подобные когнитивные искажения с перцептивными расстройствами и явлениями ауто- и аллопсихической деперсонализации на фоне депрессивного аффекта приводили к актуализации антивита́льных размышлений и аутоагрессивных поступков. Аутоагрессивная активность (табл. 1, 2) была представлена несуицидальными самоповреждениями (14 пациентов; 52%) и НССП, сопряженными с СП (девять пациентов; 33%). При этой разновидности ПРЛ чаще выявлялась изолированная суицидальная активность (четыре пациента; 15%) преимущественно с деперсонализационным механизмом самоповреждений (14 пациентов; 52%) с возникновением суицидальной активности у таких больных и повторением суицидальных попыток в будущем. Особенностью этой типологической разновидности с преобладанием «когнитивной диссоциации» было нанесение самоистязающих самоповреждений, реже выявлялся импульсивный и демонстративный способы этих действий (табл. 2).

Дополнительное использование психометрических данных (рис. 2) позволило подтвердить правомочность выделенных типологических разновидностей ПРЛ в результате психопатологической оценки. Поведенческие и эмоциональные расстройства оценивались при помощи шкалы импульсивности Барратта (BIS-11) и Торонтской алекситимической шкалы (TAS).

Наибольшая импульсивность по шкале Барратта по сравнению с другими разновидностями была

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от типологии ПРЛ и механизмов формирования аутоагрессивного поведения**Table 2.** Distribution of the patients depending on BPD typology and mechanisms of auto-aggressive behavior formation

Типы ПРЛ/BPD types	Механизмы формирования аутоагрессивного поведения/Mechanism of forming self-destructive behavior (χ^2 составляет 37,595; $p = 0,002202121$)											
	Импульсивный/ Impulsive		Демонстративный/ Demonstrative		Деперсонали- зационный/ Depersonalized		Самоистяза- ющий/Self- torturing		Аддитивный/ Addictive		Всего/Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Всего/Total	24	39,3	11	18,0	17	27,9	3	4,9	6	9,8	61	100
I тип/Type I	16	64,0	6	24,0	3	12,0	0	0,0	0	0,0	25	100
II тип/Type II	2	22,2	3	33,3	0	0,0	0	0,0	4	44,4	9	100
III тип/Type III	6	22,2	2	7,4	14	51,9	3	11,1	2	7,4	27	100

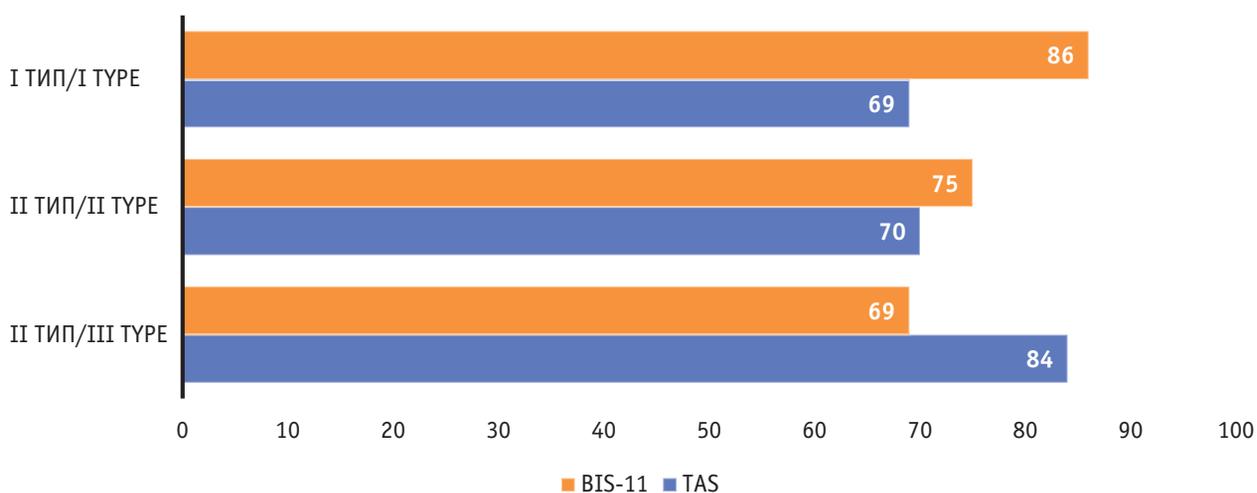
Обозначения: I тип — с явлениями «аффективного шторма»; II — тип с расстройством влечений по типу «аддитивной адреналиномании»; III тип — с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации.

Note: I type — with the “affective storm”; II type — with the dominance of impulsive and addictive features such as “adrenaline addiction”; III type — with the dominance of “cognitive dissociation” and self-identity disorder.

зарегистрирована при ПРЛ с явлениями «аффективного шторма» (I тип), при этом тип НССП чаще был импульсивным. Достаточно высокие показатели импульсивности обнаружены и при ПРЛ с преобладанием «аддитивной адреналиномании» (II тип), что отчасти объясняет быстрое формирование нарушений влечений и синдрома «адреналиномании».

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

Как показано на рис. 3, при использовании опросника дисфункциональных убеждений (PBQ-BPD) обнаружено, что наибольшие значения суммы баллов ($M 40 \pm 1$), то есть высокие показатели фактора защиты и фактора недоверия, зафиксированы у пациентов с ПРЛ III типа — с преобладанием «когнитивной диссоциации». При I типе ПРЛ (с «аффективным штормом») распределение факторов по шкале (PBQ-BPD) оказалось равномерным. При II типе ПРЛ (с расстройством влечений по типу «аддитивной адреналиномании») применение этого опросника показало преобладание фактора зависимости. Полученные результаты позволяют дополнительно оценить степень выраженности психопатологических расстройств, нарушение уровня

**Рис. 2.** Распределение медианных показателей шкалы импульсивности Барратта (BIS-11) и Торонтской алекситимической шкалы (TAS) в зависимости от типологических разновидностей ПРЛ в юности

Обозначения: I тип — с явлениями «аффективного шторма»; II тип — с расстройством влечений по типу «аддитивной адреналиномании»; III тип — с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации

Fig. 2. Distribution of the median values of the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS) according to the typological varieties of BPD in adolescence

Note: I type — with the “affective storm”; II type — with the dominance of impulsive and addictive features such as “adrenaline addiction”; III type — with the dominance of “cognitive dissociation” and self-identity disorder

социальной адаптации, составить прогноз дальнейшей динамики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного исследования установлены основные психопатологические особенности пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. Основу дисгармоничной структуры ПРЛ составил сложный комплекс связанных между собой симптомов аффективной нестабильности, нарушений самоидентификации и диссоциации, расстройства влечений. Эти психопатологические состояния персистировали в картине ПРЛ во всех случаях, но отличались по степени выраженности. На основании представленных наблюдений выделено три типа ПРЛ в юношеском возрасте. Для разновидности по типу «аффективного шторма» характерно преобладание аффективных расстройств с выраженной нестабильностью, атипичными континуальными фазами и склонностью к образованию сверхценных идей политематического содержания.

Отличительной характеристикой типа ПРЛ с явлениями «аддиктивной адренолиномании» было доминирование расстройства влечений со сверхценным стремлением к риску и образованием особого жизненного стиля. Тип ПРЛ с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации отличал наибольший полиморфизм клинической картины с превалированием нарушений самоидентификации, наличием выраженных диссоциативных расстройств и когнитивных искажений, с возникновением аттенуированной психотической симптоматики на высоте состояния. Антивитальная активность выявлялась при ПРЛ всех трех типов со статически значимыми различиями в частоте и преимущественных механизмах возникновения суицидальных действий и несуйцидального нанесения самоповреждений в зависимости от выделенного типа ПРЛ.

Обнаруженные клинические и психопатологические особенности проявлений пограничного расстройства личности в юношеском возрасте необходимо учитывать при оценке уровня нарушения личностного

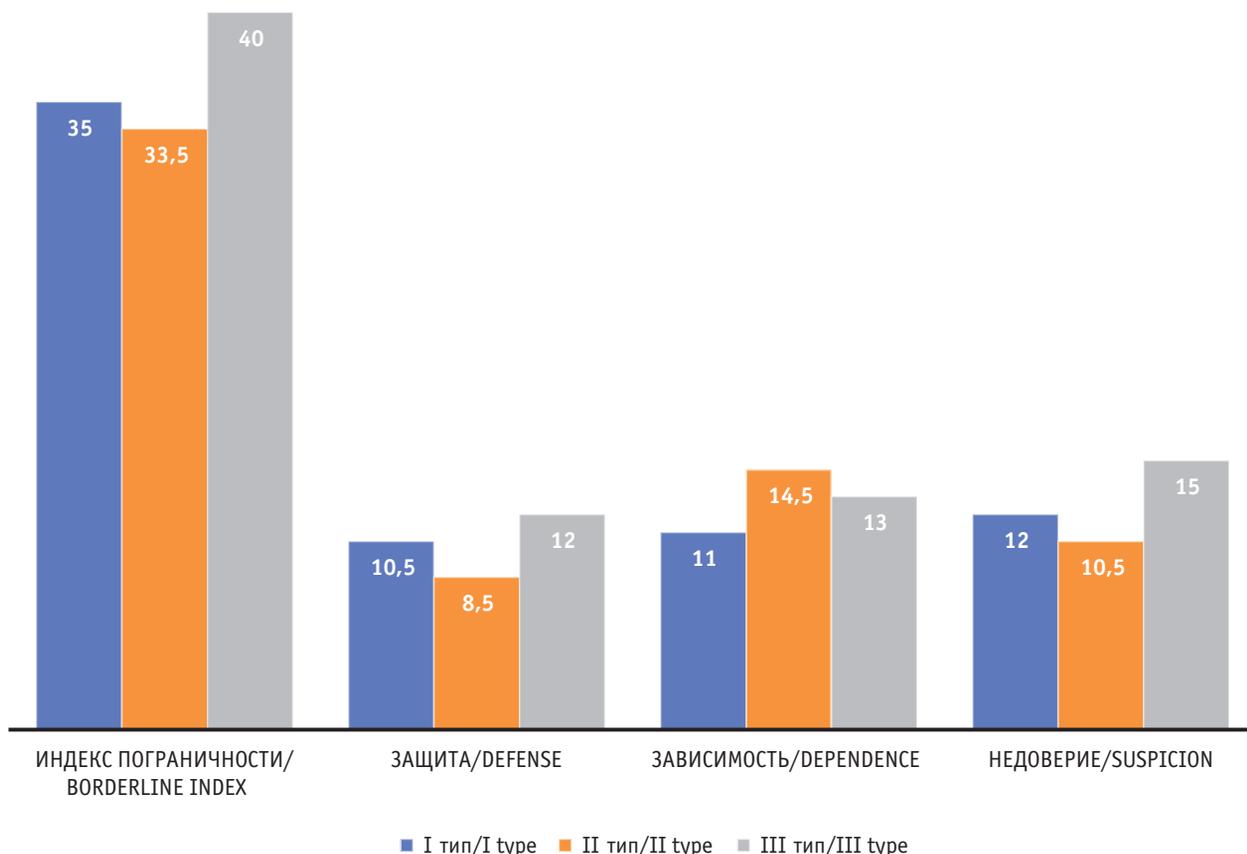


Рис. 3. Распределение показателей по факторам опросника дисфункциональных убеждений для пограничного расстройства личности (PBQ-BPD) в зависимости от разновидности ПРЛ

Обозначения: I тип — с явлениями «аффективного шторма»; II тип — с расстройством влечений по типу «аддиктивной адренолиномании»; III тип — с преобладанием «когнитивной диссоциации» и нарушениями самоидентификации

Fig. 3. Distribution of scores for the factors Personality Belief Questionnaire for Borderline Personality Disorder (PBQ-BPD) depending on the BPD type

Note: I type — with the “affective storm”; II type — with the dominance of impulsive and addictive features such as “adrenaline addiction”; III type — with the dominance of “cognitive dissociation” and self-identity disorder

и социального функционирования и при прогнозировании суицидального риска. Результаты исследования способствуют совершенствованию диагностики и прогноза пограничного расстройства личности в юношеском возрасте. В рамках дальнейшего исследования предполагается изучение динамики ПРЛ по минованию юношеского возраста с дальнейшей верификацией и нозологической оценкой вышеописанных состояний.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence — Recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(12):1266–1288. doi: [10.1111/jcpp.12449](https://doi.org/10.1111/jcpp.12449)
- Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(5):457–464. doi: [10.4088/JCP.13m08696](https://doi.org/10.4088/JCP.13m08696)
- Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782–793. doi: [10.1542/peds.2013-3677](https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677)
- Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:199–210. doi: [10.2147/ahmt.s156565](https://doi.org/10.2147/ahmt.s156565)
- Hawton K, Bergen H, Geulayov G, Waters K, Ness J, Cooper J, Kapur N. Impact of the recent recession on self-harm: Longitudinal ecological and patient-level investigation from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Affect Disord*. 2016;191:132–138. doi: [10.1016/j.jad.2015.11.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.001)
- Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(3):23–30. doi: [10.3238/arztebl.2018.0023](https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023) PMID: 29366448; PMCID: PMC5787659.
- Paris J. A History of Research on Borderline Personality Disorder in Childhood and Adolescence. In: Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents / Sharp C, Tackett JL, eds. Springer: New York. 2014:9–16. doi: [10.1007/978-1-4939-0591-1_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_2)
- Geselowitz B, Whalen DJ, Tillman R, Barch DM, Luby JL, Vogel A. Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(5):612–622. doi: [10.1016/j.jaac.2020.07.908](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.908)
- Akça ÖF, Wall K, Sharp C. Borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in adolescence: Overlap and differences in a clinical setting. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2020;7(1):1–9. doi: [10.1186/s40479-020-00122-w](https://doi.org/10.1186/s40479-020-00122-w)
- Saxena K, Verrico CD, Kahlon R, Amin P, Arvind RP, Patel M, Sharp C, Williams L, Shah A. Borderline features in Youth with Bipolar Spectrum Disorders. *Adolesc Psychiatry*. 2018;8(3):174–184. doi: [10.2174/2210676609666181203103443](https://doi.org/10.2174/2210676609666181203103443)
- Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011;10(1):45–51. doi: [10.1002/j.2051-5545.2011.tb00013.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00013.x)
- Zimmerman M, Morgan TA. Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: The interface with borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(12):14–16. doi: [10.1007/s11920-013-0422-z](https://doi.org/10.1007/s11920-013-0422-z)
- Reich DB, Zanarini MC, Fitzmaurice G. Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(3):230–237. doi: [10.1016/j.comppsych.2011.04.003](https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.04.003)
- Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. A recurrent question: What is borderline? *J Pers Disord*. 2019;33(3):341–369. doi: [10.1521/pedi_2018_32_348](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_348)
- Butler AC, Brown GK, Beck AT, Grisham JR. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2002;40:1231–1240. doi: [10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)
- Taylor GJ, Bagby M, Parker JDA. The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some Reliability, Validity, and Normative Data. *Psychother Psychosom*. 1992;57(1–2):34–41. doi: [10.1159/000288571](https://doi.org/10.1159/000288571)
- Ениколопов СН, Медведева ТИ. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). *Психология и право*. 2015;5(3):75–89. doi: [10.17759/psylaw.2015050307](https://doi.org/10.17759/psylaw.2015050307)
- Ениколопов СН, Медведева ТИ. Апробация русского-язычного варианта методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). *E-journal «Psychology and Law»*. 2015;5(3):75–89. (In Russ.). doi: [10.17759/psylaw.2015050307](https://doi.org/10.17759/psylaw.2015050307)
- Крылова ЕС, Бебуришвили АА, Каледа ВГ. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2019;01(34):48–57. doi: [10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-48-57](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57)
- Крылова ЕС, Бебуришвили АА, Каледа ВГ. Non-suicidal self-injury and its relation to suicidal behavior in youth patients with personality disorders. *Suicidology (Russia)*. 2019;01(34):48–57. (In Russ.). doi: [10.32878/suiciderus.19-10-01\(34\)-48-57](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57)
- Kernberg OF. The Management of Affect Storms in the Psychoanalytic Psychotherapy of Borderline Patients. *J Am Psychoanal Assoc*. 2003;51(2):517–545. doi: [10.1177/00030651030510021101](https://doi.org/10.1177/00030651030510021101)
- Короленко ТП, Овчинников АА, Султанова АН, Нестуроева АЮ. Социально-психологические характеристики при формировании аддиктивного поведения. *Журнал неврологии и психиатрии имени*

- C.C. Корсакова. 2019;119(1):69. doi: [10.17116/jnevro201911901169](https://doi.org/10.17116/jnevro201911901169)
- Korolenko TP, Ovchinnikov AA, Sultanova AN, Neustroeva AY. Social-psychological characteristics of different types addictive behavior. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(1):69. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro201911901169](https://doi.org/10.17116/jnevro201911901169)
21. Loas G, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Verrier A, Stephan P, Lang F, Bizouard P, Venisse JL, Corcos M, Flament M, Jeammet P. Dependency and suicidality in addictive disorders. *Psychiatry Res*. 2005;137(1-2):103-111. doi: [10.1016/j.psychres.2004.06.022](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.06.022)
22. Смелевич АБ. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М. 2012:336 с.
Smulevich AB. Rasstroistva lichnosti. Traektoriya v prostranstve psikhicheskoi i somaticheskoi patologii. M. 2012:336 p. (In Russ.).
23. Sheldon WH. Body and temperament types. New York: Random House. 1940:104 p.
24. Napolitano LA, McKay D. Dichotomous thinking in borderline personality disorder. *Cognit Ther Res*. 2007;31(6):717-726. doi: [10.1007/s10608-007-9123-4](https://doi.org/10.1007/s10608-007-9123-4)
25. Ильина НА, Волель БА. Клинические аспекты помешательства сомнений. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2002;1:30-36.
Il'ina NA, Volel' BA. Klinicheskie aspekty pomeshatel'stva somnenii. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2002;1:30-36. (In Russ.).
26. Каледва ВГ, Омельченко МА. Динамика и вопросы прогноза юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;1:42-52. doi: [10.31363/2313-7053-2021-1-42-52](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-1-42-52)
Kaleda VG, Omelchenko MA. The Clinical Course and Prognostic Problems of Youth Depressions with Attenuated Schizophrenic Symptoms. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva* 2021;(1):42-52. (In Russ.). doi: [10.31363/2313-7053-2021-1-42-52](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-1-42-52)

Сведения об авторе

Алексей Андреевич Кулешов, аспирант, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2288-202X>
kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com

Information about the author

Alexey A. Kuleshov, MD, Postgraduate Student (Med.), FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2288-202X>
kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
There is no conflict of interests.

Дата поступления 29.09.2021 Received 29.09.2021	Дата рецензии 15.01.2022 Revised 15.01.2022	Дата принятия 01.03.2022 Accepted for publication 01.03.2022
--	--	---