

© ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021
 УДК: 616.891.7:616.892-008.441.44
 DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2021-10305>

Для корреспонденции
Васильев Валерий Витальевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России
 Адрес: 426054, г. Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100
 Телефон: +7 (3412) 58-47-78
 E-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru

В.В. Васильев, Р.Э. Искандерова

Суицидальное поведение при пограничном расстройстве личности: современное состояние проблемы

Научный обзор

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

В научном обзоре с целью обобщения современных данных о суицидальном поведении лиц, страдающих пограничным расстройством личности, проведён анализ российских и зарубежных публикаций на рассматриваемую тему. Установлено, что, по сведениям западных исследователей, от завершённых суицидов погибает 4–10% лиц, страдающих указанным расстройством, суицидальные попытки совершают около 75% из них. К наиболее общепризнанным факторам суицидального риска для пограничного расстройства личности относятся: коморбидные депрессивные расстройства; расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; выраженная импульсивность в поведении; предшествующие суицидальные попытки в анамнезе; перенесённое в детстве физическое и сексуальное насилие. Обращается внимание на недостаточную изученность рассматриваемой проблемы в России.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности; суицид; суицидальное поведение; факторы суицидального риска

Для цитирования: Васильев В.В., Искандерова Р.Э. Суицидальное поведение при пограничном расстройстве личности: современное состояние проблемы // Российский психиатрический журнал. 2021. № 3. С. 45–55. DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2021-10305>

VV Vasilev, RE Iskanderova

Suicidal behavior in borderline personality disorder: the current state of the problem

Review

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

In this review pursuing the objective of summarizing the current data on suicidal behavior of persons with borderline personality disorder, we have carried out an analysis of Russian and foreign publications on this theme. According to Western researchers, 4–10% of people suffering from this disorder die as a result of completed suicides, and about 75% of them commit suicidal attempts. The most widely recognized factors of suicidal risk for borderline personality disorder include: comorbid depressive disorders; substance use disorders; pronounced impulsivity in behavior; prior history of suicidal attempts; physical and sexual violence experienced in childhood. Attention was drawn to the fact that this problem has not been sufficiently researched in Russia.

Key words: borderline personality disorder; suicide; suicidal behavior; suicide risk factors

For citation: Vasilev VV, Iskanderova RE. [Suicidal behavior in borderline personality disorder: the current state of the problem]. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]. 2021;(3):45–55 (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2021-10305>

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является относительно новой диагностической категорией для отечественной психиатрии. Если на Западе история выделения и изучения данного психического расстройства насчитывает уже более 80 лет, то основной массе российских психиатров оно стало известно только с введением в действие в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (в рамках которой ПРЛ фигурирует в качестве одного из подтипов эмоционально неустойчивого расстройства личности). В значительной мере описанная ситуация связана с тем, что ПРЛ изначально было выделено и длительное время изучалось в рамках психоаналитического подхода, который в нашей стране не обладает таким существенным влиянием на психиатрическую теорию и практику, как во многих странах Запада. Однако со временем к изучению ПРЛ присоединились представители когнитивно-поведенческого и биологического направлений психиатрии, что привело к последовательному включению данной диагностической категории сначала в DSM, а затем в МКБ. Этот факт способствовал более активному вовлечению в изучение ПРЛ и российских психиатров. Следует отметить, что в последние 20 лет интерес отечественных исследователей к данной теме всё больше растёт, а число публикаций по проблеме ПРЛ в отечественной научной литературе заметно увеличилось [1–3]. Главы, посвящённые указанному расстройству, стали включаться в ведущие отечественные психиатрические руководства, причём ПРЛ зачастую фигурирует там уже как самостоятельный вариант личностного расстройства (а не как подтип эмоционально-неустойчивого расстройства личности), что соответствует подходу, принятому в DSM [4].

В странах Европы и Северной Америки ПРЛ сегодня считается довольно часто встречающимся заболеванием – его распространённость среди населения оценивают примерно в 2,7% [5]. По оценкам западных исследователей, доля лиц с ПРЛ среди всех психиатрических пациентов составляет около 20% [6], при этом пациенты с ПРЛ используют непропорционально много ресурсов системы здравоохранения в области психиатрии, психофармакологического лечения, кризисного вмешательства и других медицинских услуг [7]. Например, затраты на лечение ПРЛ в Германии оцениваются в 8,69 миллиарда евро в год, причём прямые затраты на медицинское обслуживание пациентов с ПРЛ там заметно выше, чем затраты на лечение каких-либо других психиатрических пациентов [8]. В России крупномасштабные исследования распространённости ПРЛ среди населения пока не проводились, поэтому оценить данный показатель для нашей страны на сегодняшний день затруднительно. К тому же, по-видимому, существует проблема гиподиагностики ПРЛ в нашей стране, поскольку многие российские врачи-психиатры до сих пор недостаточно хорошо знакомы с его клиническими проявлениями.

Одно из наиболее значимых и постоянных проявлений ПРЛ – склонность к аутоагрессивному, в том числе суицидальному, поведению. Данное проявление выражено так ярко и присутствует в клинической картине так стабильно, что ПРЛ является единственным на современном этапе психическим расстройством, в отношении которого повторные суицидальные попытки служат одним из важных диагностических критериев. Неудивительно поэтому, что суицидальное поведение лиц, страдающих ПРЛ, является предметом пристального внимания ученых. На Западе изучению особенностей суицидального поведения при данном расстройстве и разработке подходов к профилактике самоубийств среди страдающих им лиц посвящаются многочисленные исследования. Однако несмотря на это существенного улучшения ситуации в рассматриваемой области добиться пока не удалось. Что же касается нашей страны, в России изучение суицидального поведения у пациентов с ПРЛ пока делает первые шаги. Но, поскольку число пациентов, страдающих данным расстройством, в отечественной психиатрической практике в последние годы неуклонно растёт, данная проблема и у нас тоже становится актуальной. В этом отношении опыт, накопленный в рассматриваемой области западными коллегами, может оказаться весьма полезным для российских психиатров.

Цель настоящего обзора – обобщение современных данных о суицидальном поведении лиц, страдающих ПРЛ.

Распространённость суицидального поведения при пограничном расстройстве личности

Исследования, направленные на оценку вероятности завершённого суицида у пациентов с ПРЛ, в Европе и Северной Америке проводятся уже давно и продолжают в настоящее время. Обобщая данные некоторых из них, D.W. Black и соавт. [9] в своём метаанализе, основанном на результатах восьми проспективных исследований с разными периодами наблюдения, пришли к выводу, что завершённые суициды в течение жизни совершают до 10% всех лиц, страдающих ПРЛ. Такую же цифру распространённости завершённых суицидов у пациентов с ПРЛ приводят M.V. Cornique и соавт. [10]. Данный показатель следует признать крайне высоким, сопоставимым с аналогичными показателями при таких общепризнанно суицидоопасных психических расстройствах, как шизофрения и биполярное аффективное расстройство. Впрочем, не все исследователи согласны с вышеприведёнными данными, в некоторых работах приводятся более низкие цифры распространённости завершённых суицидов у пациентов с ПРЛ – 4–5% [11], что тем не менее также является весьма высоким показателем.

Суицидальные попытки лицами с ПРЛ совершаются ещё чаще, по своей частоте они в несколько раз превосходят завершённые суициды, что, однако, вполне

предсказуемо и в целом соответствует ситуации с соотношением завершённых суицидов и суицидальных попыток в общей популяции. Как отмечают U. Shaikh и соавт. [12], пациенты с ПРЛ обычно обращаются в отделение неотложной помощи в состоянии кризиса, который включает в том числе и суицидальные попытки. Показатели частоты суицидальных попыток среди пациентов с ПРЛ, выявленные в отдельных исследованиях на конкретных выборках, довольно высоки. Так, в уже цитировавшейся выше работе D.W. Black и соавт. [9] указывается, что суицидальные попытки на протяжении жизни совершают примерно три четверти всех пациентов с ПРЛ. В исследовании M. ten Have и соавт. [13] из 58 пациентов с ПРЛ в возрасте от 18 до 64 лет о совершении суицидальных попыток за последние 3 года сообщили 29,87%. H.E. Andrewes и соавт. [14], обследовав 107 страдающих ПРЛ подростков, у двух третей (66,4%) из них выявили попытки самоубийства в течение предыдущих 12 месяцев. В исследовании M. Zimmerman и соавт. [15] было установлено, что пациенты с ПРЛ достоверно чаще сообщали о суицидальных мыслях и пытались покончить жизнь самоубийством, чем пациенты с биполярным расстройством (47,2 и 26,3% соответственно). A. T. Kawada [16] сообщает, что риск суицидальной попытки у пациентов с ПРЛ в 12 раз выше, чем у пациентов с нарциссическим расстройством личности.

Повышен у пациентов с ПРЛ и риск повторных суицидальных действий. Согласно сообщению H.M. Залуцкой [2], их предпринимают не менее 50% всех лиц, страдающих данным расстройством. Другие авторы приводят несколько меньшие, но тоже достаточно высокие показатели. D.E. Rodante и соавт. [17] указывают, что из 136 пациентов с ПРЛ, поступивших в отделение неотложной помощи в связи с суицидальной попыткой, повторные суицидальные покушения в течение последующего года совершили 25,63%. В исследовании P.H. Soloff и L. Chiappetta [18] из 90 пациентов с ПРЛ, совершивших попытку суицида, 27,8% предприняли по крайней мере одну повторную попытку, причём пик суицидальной активности у них приходился на первые 2 года после предыдущей попытки. Суицидальный риск у пациентов с ПРЛ остаётся высоким даже на фоне проводимого лечения. Об этом свидетельствуют результаты исследования P.S. Links и соавт. [19]: из 180 пациентов с ПРЛ, совершивших суицидальную попытку и получавших после неё курс диалектической поведенческой терапии или общего психиатрического лечения, 26% совершили повторную суицидальную попытку в течение первого года наблюдения, а ещё 16,7% – в течение второго года наблюдения. В целом риск суицидальных попыток у лиц, страдающих ПРЛ, в 50 раз выше, чем в среднем в популяции, 100% пациентов хотя бы один раз в жизни вызывают настороженность в отношении совершения попытки самоубийства, а среднее число суицидальных поку-

шений в течение жизни составляет 3,3 раза на одного пациента [10].

Рассматривая вопрос о доле лиц с ПРЛ среди всех суицидентов, отметим, что, по данным D.G. Jacobs и соавт. [20], ПРЛ наблюдается более чем у 30% лиц, погибающих в результате суицида, и примерно у 40% лиц, совершающих суицидальные попытки. В некоторых исследованиях приводятся ещё более высокие показатели, касающиеся рассматриваемого вопроса. Так, по информации A.W. Törnblom и соавт. [21], из 63 психиатрических пациентов, покончивших жизнь самоубийством, 43,9% имели диагноз «пограничное расстройство личности», а в исследовании N. Hayashi и соавт. [22] из 155 суицидальных пациентов, госпитализированных в Токийскую столичную больницу Мацудзава, диагностическим критериям ПРЛ отвечали 56%. По мнению R.A. Sansone и L.A. Sansone [23], диагностическим критериям ПРЛ соответствует почти 50% пациентов, повторно обращающихся в отделение неотложной помощи в связи с суицидальным поведением.

Вместе с тем в отдельных публикациях приводятся гораздо более низкие показатели доли лиц с ПРЛ среди всех суицидентов. Например, в статистическом исследовании суицидов и актов самоповреждения среди жителей Китая, проведённом Y. Tong и соавт. [24], из 151 человека, покончившего жизнь самоубийством, ПРЛ при жизни было диагностировано только у 0,7%, а из 118 человек, совершивших суицидальные попытки, – у 0,8%. Указанные цифры чрезвычайно низки по сравнению с аналогичными показателями для стран Европы и Северной Америки. Комментируя данный факт, K.Y. Liu [25] отмечает, что полученные авторами показатели могут быть занижены в силу гиподиагностики ПРЛ в Китае, связанной как с недостатком знаний населения этой страны о психическом здоровье, так и с существующими там культурными особенностями, в частности более терпимым отношением людей к суициду как таковому.

Доля лиц с ПРЛ среди суицидентов подросткового возраста ещё более значительна. По сообщению A. Knafo и соавт. [26], ПРЛ диагностируют у 62% подростков с суицидальными наклонностями и у 78% подростков, обращающихся в отделение неотложной помощи по поводу суицидальных попыток. Исследование V. Greenfield и соавт. [27] выявило ПРЛ у 76% из 286 подростков (средний возраст – 14,6 года), поступивших в отделение неотложной помощи с попыткой суицида. Кроме того, было обнаружено, что спустя 4 года 8% из них всё ещё были склонны к суицидальному поведению.

Оригинальные российские исследования распространённости суицидального поведения у пациентов с ПРЛ пока немногочисленны и, как правило, проводятся на ограниченных выборках. Так, Е.А. Шитов и соавт. [28], обследовав 27 пациентов с сочетанием ПРЛ и алкогольной зависимости, у 59,3% из них выявили суицидальные мысли, у 14,9% – истинные

попытки самоубийства в анамнезе, у 29,6% – импульсивные самоповреждения и ещё у 11,1% – попытки шантажа близких угрозой суицида. Многие российские авторы в своих работах просто ссылаются на цифры распространённости суицидального поведения у пациентов с ПРЛ, фигурирующие в западных источниках [29–31].

Таким образом, исходя из вышеизложенного можно констатировать, что, согласно имеющимся литературным данным, суицидальное поведение пациентов с ПРЛ представляет собой весьма распространённый феномен, а само ПРЛ стоит в ряду наиболее суицидоопасных психических расстройств. В то же время конкретные данные по частоте завершённых суицидов и суицидальных попыток при данном расстройстве, полученные разными исследователями, несколько различаются, что, вероятно, связано как с разнородностью исследуемых выборок, так и с различиями в подходах к диагностике ПРЛ. В этой связи, безусловно, представляется целесообразным продолжать исследования в рассматриваемом направлении.

Факторы суицидального риска при пограничном расстройстве личности

Как известно, факторами суицидального риска принято называть различные характеристики индивида, сопряжённые с повышенной вероятностью совершения им самоубийства. Анализируя литературные данные по этому вопросу относительно ПРЛ, мы разделили указанные факторы на несколько групп, согласно традиционным принципам суицидологии. К первой группе были отнесены *демографические факторы* суицидального риска. Из их числа прежде всего следует упомянуть женский пол. В исследовании E. Björkenstam и соавт. [32] стандартизированные коэффициенты смертности от суицида у женщин с ПРЛ оказались в 2 раза выше, чем у мужчин, – 34,5 против 16,0 на 100 тыс. населения. В этом же исследовании было установлено, что именно у женщин с ПРЛ попадание в отделение неотложной помощи после суицидальной попытки прогнозирует последующее повышение риска самоубийства более чем в 2 раза. Указанные данные представляют большой интерес, поскольку известно, что в общей популяции частота суицидов среди мужчин, напротив, значительно выше, чем среди женщин. Причины более высокой суицидальности женщин с ПРЛ не могут быть связаны просто с их количественным преобладанием среди лиц с данным расстройством, так как речь идёт об интенсивных показателях. Возможно, указанные причины лежат в плоскости особенностей клинической картины ПРЛ у представителей разного пола, в частности в большей выраженности у женщин его аффективных проявлений.

В качестве ещё одного демографического фактора суицидального риска у пациентов с ПРЛ был рассмотрен возраст больных. По этому поводу J. Paris

и H. Zweig-Frank [33] на основании результатов 27-летнего проспективного исследования сообщают, что средний возраст совершения завершённых суицидов у пациентов с ПРЛ составляет 37 лет. Относительно суицидальных попыток J.J. Söderholm и соавт. [34] отмечают, что с их вероятностью наиболее последовательно связан молодой возраст страдающих указанным расстройством пациентов. В целом можно констатировать, что пик суицидальности у пациентов с ПРЛ приходится на более молодые возрастные периоды по сравнению с представителями общей популяции, у которых подъём суицидальности отмечается в среднем и пожилом возрасте. Этот феномен, возможно, объясняется известным фактом определённой компенсации ПРЛ во второй половине жизни пациента.

Следующая рассмотренная нами группа факторов суицидального риска у пациентов с ПРЛ – *факторы клинико-психопатологического характера*. В первую очередь к ним следует отнести степень выраженности самих личностных нарушений. По информации A. Aouidad и соавт. [35], для тяжёлого течения ПРЛ характерны более молодой возраст совершения первой суицидальной попытки и более высокая распространённость несуйцидальных самоповреждений. В исследовании L. Sher и соавт. [36] страдающие ПРЛ пациенты с суицидальными попытками в анамнезе имели более высокие баллы по Шкале аффективной лабильности (Affective Lability Scale), в том числе по её подшкале депрессии – тревожности, и Шкале жизненной истории агрессии (Lifetime History of Aggression), чем пациенты без суицидальных попыток. Авторы приходят к выводу, что пациенты с ПРЛ, имеющие суицидальную попытку в анамнезе, более агрессивны, эмоционально нестабильны, депрессивны и вместе с тем менее нарциссичны, чем пациенты с ПРЛ без суицидальных попыток.

В ряде работ анализируется суицидогенность различных компонентов клинической картины ПРЛ. В частности, M.L. Rogers и соавт. [37] указывают на связь аффективной и поведенческой дисрегуляции с вероятностью суицида при данном расстройстве и высказывают предположение, что суицидоопасность указанных проявлений объясняется их субъективно воспринимаемой тягостностью для пациента. H.E. Andrewes и соавт. [14] в своём исследовании выявили, что с увеличением вероятности суицидальных попыток у пациентов с ПРЛ достоверно коррелирует выраженная импульсивность пациента. А в исследовании I. Kelleher и соавт. [38] было показано, что с более высокой вероятностью суицидального поведения связано наличие у пациентов с ПРЛ эпизодов психотических переживаний.

Значительно повышает риск самоубийства у пациентов с ПРЛ наличие коморбидной психической патологии, прежде всего депрессивного расстройства,

на что обращает внимание ряд авторов [14, 26]. В исследовании М. Amore и соавт. [39] у пациентов с ПРЛ и коморбидным большим депрессивным расстройством выявилось больше суицидальных попыток в анамнезе, а кроме того, у них было больше шансов иметь в анамнезе агрессивное поведение и расстройства, связанные с употреблением алкоголя и наркотиков, чем у пациентов, страдающих большим депрессивным расстройством без коморбидности с ПРЛ.

Среди других коморбидных психических расстройств, влияющих на риск совершения суицидальной попытки у пациентов с ПРЛ, исследователи называют расстройство адаптации с пониженным настроением и вызывающее оппозиционное расстройство, а также злоупотребление психоактивными веществами [26]. Относительно последнего фактора следует отметить, что, по данным Т.В. Клименко и соавт. [40], у пациентов с ПРЛ, имеющих суицидальное поведение в анамнезе, более высоки риск алкоголизации и уровень толерантности к алкоголю, а также более тяжело протекает синдром отмены алкоголя, чем у пациентов с ПРЛ без суицидального поведения. О частом развитии суицидального поведения у лиц с ПРЛ, зависимых от алкоголя, сообщают также Н.А. Ичитовкина и Н.С. Пташник [41]. Рассматривая вопрос о коморбидности ПРЛ с другой психической патологией у подростков, S. Yen и соавт. [42] указывают, что суицидальные подростки с данным расстройством имеют больше сопутствующих психических заболеваний, чем суицидальные подростки без ПРЛ.

Третья группа факторов суицидального риска у пациентов с ПРЛ – *факторы личностно-психологического характера*. Касаясь этого вопроса, J.J. Muehlenkamp и соавт. [43] в качестве важных предикторов самоповреждающего поведения и суицида у пациентов с ПРЛ называют недостаточное самопонимание и нестабильные межличностные отношения. На трудности функционирования в обществе суицидальных пациентов с ПРЛ обращают внимание также L. Maurex и соавт. [44], которые связывают низкую способность этих пациентов решать социальные проблемы с выявленным у них в исследовании снижением специфичности автобиографической памяти. Авторы считают, что именно эта особенность является важной характеристикой людей с ПРЛ, имеющих историю попыток самоубийства, независимо от наличия у них депрессии или посттравматического стрессового расстройства.

К личностно-психологическим факторам суицидального риска можно отнести используемые личностью копинг-стратегии. Известно, что пациенты с ПРЛ часто прибегают к копинг-стратегиям, направленным на облегчение эмоциональной и социальной дезадаптации. В этой связи А. Кнафо и соавт. [26] на основании результатов своего исследования сообщают, что страдающие ПРЛ подростки с суици-

дальным поведением меньше полагаются на продуктивный копинг (например, упорно трудиться, чтобы достичь цели, физически отдохнуть) и, наоборот, в гораздо большей степени прибегают к непродуктивному копингу (использовать насильственные методы для уменьшения напряжения, обвинять себя, изолироваться от социума), чем суицидальные подростки без ПРЛ. При этом авторы приходят к парадоксальному выводу, согласно которому использование подростками с ПРЛ непродуктивных копинг-стратегий (в первую очередь связанных с избеганием информации о проблеме) в известной степени носит защитный характер и снижает у них суицидальный риск, тогда как использование ими активных копинг-стратегий, традиционно считающихся продуктивными, суицидальный риск, напротив, повышает. Этот результат в определённой мере переключается с данными исследования А.Б. Холмогоровой и И.Д. Климовой [45], указывающих на гораздо более низкую способность суицидальных пациенток с ПРЛ к активному решению межличностных проблем и несколько более высокую тенденцию к их пассивному решению по сравнению с несуйцидальными пациентками с данным расстройством.

Четвёртая рассмотренная нами группа факторов суицидального риска у пациентов с ПРЛ включает *факторы социально-стрессового характера*. К таковым, в частности, можно отнести психологическую обстановку, в которой пациенты воспитывались в детстве. В продолжительном 30-летнем исследовании J.E. Houry и соавт. [46] была выявлена связь между недостатком материнской любви в раннем детстве и суицидальным поведением или самоповреждениями в подростковом возрасте у пациентов с ПРЛ. К аналогичному выводу пришла в своём исследовании К. Lyons-Ruth [47]. В другом исследовании ею же с соавторами было показано, что склонность к повторным суицидальным попыткам у пациентов с ПРЛ ассоциирована с нарушением распределения ролей в отношениях пациентов с их родителями, причём указанные нарушения, по мнению авторов, могут иметь значение при их возникновении уже с 18-месячного возраста пациента [48].

Другое подтверждение роли дефекта детско-родительских взаимоотношений в формировании суицидального поведения у пациентов с ПРЛ приводится в работе С. Карпан и соавт. [49], которые, обследовав 29 страдающих ПРЛ девушек в возрасте от 13 лет до 21 года, с опытом перенесённого жестокого обращения в детстве, выявили у них 5-кратное увеличение количества попыток самоубийства в течение жизни по сравнению с группой пациенток, не страдавших от жестокого обращения. При этом авторы отмечают, что совместное воздействие физического и сексуального насилия связано с более серьёзным самоповреждающим поведением и суицидальностью по сравнению только с сексуальным насилием. На связь перенесённого сексуального насилия

в детском возрасте с последующим риском суицида у пациентов с ПРЛ обращают внимание D.E. Rodante и соавт. [17], обследовавшие 136 пациентов с данным расстройством, поступивших в отделение неотложной помощи с актуальными суицидальными идеями или недавней попыткой самоубийства. Авторы пришли к несколько категоричному выводу, что перенесённое в детстве сексуальное насилие является единственным значимым предиктором суицидального поведения у пациентов с ПРЛ.

Вопрос о влиянии психосоциального функционирования на суицидальность пациентов с ПРЛ затрагивается также в исследовании P.H. Soloff и L. Chiappetta [18], указывающих, что низкий социально-экономический статус, плохая психосоциальная адаптация, семейный анамнез суицида, предыдущая психиатрическая госпитализация и отсутствие амбулаторного лечения увеличивают суицидальный риск у пограничных пациентов, в то время как более высокие показатели общего функционирования его снижают. Рассматривая роль социально-стрессовых факторов в генезе суицидального поведения у пациентов с ПРЛ, A. Knafo и соавт. [26] указывают, что подростки с данным расстройством имеют повышенный суицидальный риск именно в тот период, когда они сталкиваются с негативными жизненными событиями. С этой точкой зрения, однако, расходятся данные A. Aouidad и соавт. [35], которые, напротив, не выявили связи риска суицидальных действий страдающих ПРЛ пациентов с частотой пережитых ими негативных жизненных событий.

Ещё ряд работ посвящён изучению взаимного соотношения различных факторов суицидального риска у пациентов с ПРЛ. Так, в обзоре J.M. Oldham [50] приведена составленная им на основании литературных данных сводная таблица факторов риска суицида у пациентов с указанным расстройством. Автор выносит туда следующие характеристики: предыдущие попытки самоубийства, коморбидное расстройство настроения, высокий уровень безнадежности, семейный анамнез завершённого суицида или суицидального поведения, коморбидное злоупотребление психоактивными веществами, история перенесённого сексуального насилия, высокий уровень импульсивности или антисоциальных черт в поведении. M.M. Wedig и соавт. [51] в своей статье, основанной на результатах 16-летнего проспективного исследования, приводят следующие ведущие факторы суицидального риска для лиц с ПРЛ: коморбидное большое депрессивное расстройство; коморбидные расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; коморбидное посттравматическое стрессовое расстройство; наличие актов самоповреждения в анамнезе; перенесённое сексуальное насилие; наличие совершившего самоубийство опекуна; аффективная нестабильность; выраженная диссоциация. В катамнестическом исследовании 180 пациентов с ПРЛ, проведённом P.S. Links и соавт.

[19], было установлено, что основными предикторами суицидальных покушений в течение первых 2 лет после пройденного ими курса лечения явились предшествовавшие началу лечения попытки самоубийства, эпизоды перенесённого в детстве сексуального насилия и наличие госпитализаций в психиатрический стационар за 4 месяца до включения в исследование.

Представляет интерес работа P.H. Soloff и соавт. [52], в которой было проведено сравнение групп страдающих ПРЛ пациентов, совершивших суицидальные покушения с высокой и низкой степенями летальности, определяемой по Шкале медицинской летальности Бека. Оказалось, что пациенты с высокой летальностью суицидальных покушений были старше, имели детей, были хуже образованы и имели более низкий социально-экономический статус, чем пациенты с низкой летальностью суицидальных покушений. Кроме того, у них выявлялось больше шансов иметь большое депрессивное расстройство, сопутствующее антисоциальное расстройство личности и семейный анамнез злоупотребления психоактивными веществами, они сообщали о более выраженном намерении умереть, о большем количестве попыток суицида, более высокой частоте госпитализаций в психиатрический стационар и большем времени, проведённом в больнице. Авторы приходят к выводу, что высокую летальность суицидальных действий у пациентов с ПРЛ лучше всего можно прогнозировать по низкому социально-экономическому статусу пациента, сопутствующему антисоциальному расстройству личности, обширной истории психиатрического лечения и большему намерению умереть. При этом, вопреки точке зрения других исследователей, авторы считают, что факторы суицидального риска у пациентов с ПРЛ не специфичны именно для данного расстройства и не включают такие присущие ему характеристики, как импульсивность и агрессия, а также не связаны с тяжестью течения самого личностного расстройства.

Таким образом, проведённый анализ литературы показывает, что факторы суицидального риска у пациентов с ПРЛ многочисленны и относятся к разным характеристикам и сферам жизнедеятельности пациентов. Наиболее общепризнанными из них на сегодняшний день, согласно литературным данным, являются коморбидные депрессивные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, выраженная импульсивность в поведении, предшествующие суицидальные попытки в анамнезе, перенесённое в детстве физическое и сексуальное насилие. Вместе с тем по поводу значимости каждого конкретного фактора риска, а также по поводу их соотношения друг с другом мнения исследователей остаются противоречивыми и неоднозначными, что открывает перспективы для дальнейших исследований в данном направлении.

Особенности проявлений суицидального поведения при пограничном расстройстве личности

Из числа особенностей проявлений суицидального поведения у пациентов с ПРЛ в рамках настоящего обзора в первую очередь была рассмотрена динамика суицидального процесса. В этом отношении интерес представляет исследование F.M. Dargay и соавт. [53], сообщающих, что из 110 обследованных ими суицидальных пациенток с ПРЛ у 58% от момента появления суицидальных мыслей до суицидальной попытки проходило не более 10 минут. Эти же авторы отмечают, что пациентки с таким непродолжительным пресуицидом демонстрировали более высокую степень импульсивности. На повышенную импульсивность суицидальных действий у пограничных пациентов указывают и L. Sher и соавт. [54]. В исследовании M.S. Chesin и соавт. [55] было выявлено, что импульсивность у лиц с ПРЛ в значительной степени связана как с летальностью самой последней попытки, так и с количеством предыдущих попыток.

Другой аспект динамики суицидального процесса у пациентов с ПРЛ – кратность совершаемых суицидальных действий. По данным M. Goodman и соавт. [56], подростки с ПРЛ сообщают о большом количестве несуйцидальных самоповреждений в течение жизни (больше 25–50 эпизодов), в то время как страдающие ПРЛ взрослые – о многочисленных (более 5 в течение жизни) суицидальных попытках. При этом, однако, имеются различия в рассматриваемой характеристике между представителями разных полов: аналогично ситуации в общей популяции среди лиц с ПРЛ женщины обычно совершают завершённый суицид после нескольких предшествующих попыток, тогда как мужчины чаще кончают жизнь самоубийством уже с первой попытки [32]. Традиционным объяснением этого факта служит выбор мужчинами более жёстких способов суицида. Тенденция к более высокой летальности суицидальных покушений у мужчин с ПРЛ в сравнении с женщинами отмечена и в исследовании L. Sher и соавт. [54].

В исследовании S. Pérez и соавт. [57] было выявлено, что у страдающих ПРЛ пациентов без суицидальных попыток чаще наблюдаются агрессивные мысли по отношению к другим людям, чем у пациентов с суицидальными попытками. Данный результат позволяет предполагать в качестве одного из возможных механизмов формирования суицидального поведения у пациентов с ПРЛ переход гетероагрессии в аутоагрессию. Косвенно это подтверждается данными U. Shaikh и соавт. [58], согласно которым пациенты с ПРЛ, поступающие в отделение неотложной помощи после суицидальной попытки, нередко ведут себя агрессивно и отказываются сотрудничать с медработниками. Верной диагностической ориентировке при обследовании таких пациентов также мешает отсутствие у них жалоб на эмоциональное состояние в сочетании с преувеличением своего соматическо-

го страдания [23]. L. Sher и соавт. [38] обращают внимание на высокую вероятность для суицидальных пациентов с ПРЛ иметь в анамнезе также несуйцидальные самоповреждения.

В ряде публикаций высказываются соображения о возможном психогенезе суицидального поведения у пациентов с ПРЛ. Так, по мнению Е.Ю. Исагуловой [31], у подростков с ПРЛ суицидальные попытки, как правило, отражают представление о том, что окружающим без них будет лучше. В.А. Агарков [59] полагает, что индивиды с ПРЛ прибегают к самоубийству для избавления от чуждых элементов «я». С его точки зрения, их попытки самоубийства в основном связаны с активацией модуса имитации, когда сфера субъективного переживания и восприятие внешней реальности полностью разделены, а также с диссоциативными состояниями. Автор считает, что при таких внутренних условиях у лиц с ПРЛ формируется ложное убеждение, что они (или их истинное «я» без чуждых элементов) выживут в самоубийственном акте, а чуждые элементы будут уничтожены навсегда. Т.Ю. Ласовская и соавт. [60], обращая внимание на склонность лиц с ПРЛ к нанесению татуировок, как на важную особенность этих татуировок указывают на то, что в их сюжетах зачастую находит отражение интерес к теме смерти. По мнению авторов, необходимость терпеть боль при нанесении татуировки сближает данный вид активности с социально приемлемым вариантом самоповреждающего поведения.

Заключение

Представленный обзор показывает, что проблема суицидального поведения лиц, страдающих ПРЛ, находит сегодня достаточно широкое отражение в научной литературе. Благодаря многочисленным исследованиям в указанной области, проведённым главным образом западными исследователями, на сегодняшний день существует большое количество данных, касающихся распространённости суицидального поведения у пациентов с ПРЛ и факторов риска самоубийства у лиц, страдающих данным расстройством. Несколько хуже пока исследованы особенности самих проявлений суицидального поведения у пациентов с ПРЛ. Вместе с тем по целому ряду вопросов (точные данные о распространённости суицидального поведения у пациентов с ПРЛ, иерархия значимости и соотношение различных факторов суицидального риска у лиц с данным расстройством, вопросы психогенеза суицидального поведения при нём) единство мнений среди исследователей пока не достигнуто. Всё сказанное определяет необходимость продолжения исследований в рассматриваемой области. Перспективными в этом отношении авторам настоящей статьи представляются такие направления, как выявление целостных групп суицидального риска среди лиц, страдающих ПРЛ, за счёт определения взаимных корреляций между фактора-

ми суицидального риска, а также более всестороннее изучение особенностей проявлений суицидального поведения (его динамики, поведенческих предвестников, особенностей пре- и постсуицидальных состояний, мотивов и способов суицидальных действий) при данном расстройстве. Знать вышеперечисленные моменты важно с точки зрения разработки более эффективных подходов к профилактике само-

убийств у пациентов с ПРЛ, что, судя по имеющимся эпидемиологическим данным, остаётся весьма актуальной задачей для современной психиатрии. Следует также отметить, что конкретно в нашей стране проблемы как самого ПРЛ, так и суицидального поведения при нём пока ещё малоизучены, что говорит о необходимости расширения исследовательской деятельности в указанном направлении.

Сведения об авторах

Васильев Валерий Витальевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 726936; ORCID: 0000-0002-6290-7404

E-mail: valeriy.vasilyev70@yandex.ru

Искандерова Рината Эдуардовна – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск)

Индексы: РИНЦ AuthorID: 944539; ORCID: 0000-0002-3114-7879

E-mail: rinsama404@gmail.com

Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

Литература

1. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.
2. Залуцкая Н.М. Пограничное расстройство личности: вопросы диагностики и терапии // Современная терапия психических расстройств. 2012. № 2. С. 2–8.
3. Колганова П.А. Трудности построения терапевтического альянса с клиентом, имеющим пограничное расстройство личности // Аллея науки. 2017. Т. 5, № 16. С. 359–361.
4. Смулевич А.Б. Расстройства личности // Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 1158–1209.
5. Trull T.J., Jahng S., Tomko R.L. et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders // J. Pers. Disord. 2010. Vol. 24, № 4. P. 412–426. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>; PMID: 20695803
6. Leichsenring F., Leibling E., Kruse J. et al. Borderline personality disorder // Lancet. 2011. Vol. 377, № 9759. P. 74–84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5); PMID: 21195251
7. Fassbinder E., Schuetze M., Kranich A. et al. Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up // Front. Psychol. 2016. № 7. P. 1851. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01851>; PMID: 27933020
8. Wunsch E.M., Kliem S., Kröger C. Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: projected costs in a currently running, ideal health system // Behav. Res. Ther. 2014. № 60. P. 1–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.002>; PMID: 25014129
9. Black D.W., Blum N., Pfohl B. et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention // J. Pers. Disord. 2004. Vol. 18, № 3. P. 226–239. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>; PMID: 15237043
10. Corniquel M.B., Koenigsberg H.W., Likhtik E. Toward an Animal Model of Borderline Personality Disorder // Psychopharmacology (Berl). 2019. Vol. 236, № 8. P. 2485–2500. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05289-x>; PMID: 31201478
11. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Hennen J. et al. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up // J. Pers. Disord. 2005. Vol. 19. P. 505–523. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>; PMID: 16274279
12. Shaikh U., Qamar I., Jafry F. et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments // Front. Psychiatry. 2017. Vol. 8. P. 136. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00136>; PMID: 28824467
13. ten Have M., Verheul R., Kaasenbrood A. et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 // BMC Psychiatry. 2016. Vol. 16. P. 249. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>; PMID: 27435813
14. Andrewes H.E., Hulbert C., Cotton S.M. et al. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide at-tempts in youth with borderline personality disorder // Early Interv. Psychiatry. 2019. Vol. 13, № 2. P. 194–201. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.12461>; PMID: 28718985
15. Zimmerman M., Ellison W., Morgan T.A. et al. Psychosocial morbidity associated with bipolar disorder and borderline personality disorder in psychiatric outpatients: Comparative study // Br. J. Psychiatry. 2015. Vol. 207, № 4. P. 334–338. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153569>; PMID: 25906793
16. Kawada T. Personality disorder and suicide // Br. J. Psychiatry. 2018. Vol. 213, № 2. P. 499. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.133>; PMID: 30027878
17. Rodante D.E., Grendas L.N., Puppo S. et al. Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder // Acta Psychiatr. Scand. 2019. Vol. 140, № 2. P. 158–168. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13058>; PMID: 31155713
18. Soloff P.H., Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder at 6-Year Follow-Up // Am. J. Psychiatry. 2012. Vol. 169, № 5. P. 484–490. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11091378>; PMID: 22549208
19. Links P.S., Kolla N.J., Guimond T. et al. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder // Can. J. Psychiatry. 2013. Vol. 58, № 2. P. 99–106. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800207>; PMID: 23442897

Литература

20. Jacobs D.G., Baldessarini R.J., Conwell Y. et al. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association, 2010. 183 p.
21. Törnblom A.W., Sorjonen K., Runeson B. et al. Who Is at Risk of Dying Young from Suicide and Sudden Violent Death? Common and Specific Risk Factors among Children, Adolescents, and Young Adults // *Suicide Life Threat. Behav.* 2020. Vol. 50, № 4. P. 757–777. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12614>; PMID: 32012342
22. Hayashi N., Igarashi M., Imai A. et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo // *BMC Psychiatry.* 2010. Vol. 10. Article number: 109. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-109>; PMID: 21144041
23. Sansone R.A., Sansone L.A. Borderline Personality in the Medical Setting // *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2015. Vol. 17, № 3. P. 665–679. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.14r01743>; PMID: 26644960
24. Tong Y., Phillips M.R., Conner K.R. DSM-IV Axis II personality disorders and suicide and attempted suicide in China // *Br. J. Psychiatry.* 2016. Vol. 209, № 4. P. 319–326. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151076>; PMID: 26585099
25. Liu K.Y. Personality disorders and suicide in China // *Br. J. Psychiatry.* 2017. Vol. 210, № 2. P. 167. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.210.2.167>; PMID: 28148519
26. Knafo A., Guilé J.M., Breton J.J. et al. Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder // *Can. J. Psychiatry.* 2015. Vol. 60, № 2 (Suppl 1). P. 46–54. PMID: 25886671
27. Greenfield B., Henry M., Lis E. et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2015. Vol. 24, № 4. P. 397–406. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0589-9>; PMID: 25084977
28. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности // *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.* 2015. Т. 23, № 4. С. 87–90.
29. Кузнецова-Морева Е.А., Простяков А.И. Суицидальное поведение пациентов с пограничным расстройством личности // *Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность? Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 14–17 мая 2014 г.) / Под общ. ред. Н.Г. Незнанова.* СПб., 2014. С. 160–162.
30. Коница М.А., Холмогорова А.Б. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки // *Консультативная психология и психотерапия.* 2016. Т. 24, № 3 (92). С. 126–143. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240308>
31. Исагулова Е.Ю. Характерные особенности клинических проявлений пограничного расстройства личности у подростков // *Национальное здоровье.* 2020. № 1. С. 82–88.
32. Björkenstam E., Björkenstam C., Holm H. et al. Excess cause specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study // *Br. J. Psychiatry.* 2015. Vol. 207, № 4. P. 339–345. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149583>; PMID: 26159601
33. Paris J., Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder // *Compr. Psychiatry.* 2001. Vol. 42, № 6. P. 482–487. DOI: <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>; PMID: 11704940
34. Söderholm J.J., Socada J.L., Rosenström T. et al. Borderline Personality Disorder with Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients – A Comparative Study // *Front. Psychiatry.* 2020. Vol. 11. P. 290. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00290>; PMID: 32362847
35. Aouidad A., Cohen D., Mirkovic B. et al. Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters // *BMC Psychiatry.* 2020. Vol. 20, № 1. P. 525. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02930-4>; PMID: 33148207
36. Sher L., Fisher A.M., Kelliher C.H. et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt // *Psychiatry Res.* 2016. Vol. 246. P. 261–266. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.003>; PMID: 27728869
37. Rogers M.L., Joiner T.E. Jr. Borderline Personality Disorder Diagnostic Criteria as Risk Factors for Suicidal Behavior Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide // *Arch. Suicide Res.* 2016. Vol. 20, № 4. P. 591–604. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158681>; PMID: 26953502
38. Kelleher I., Ramsay H., DeVlyder J. Psychotic experiences and suicide at-risk in common mental disorders and borderline personality disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* 2017. Vol. 135, № 3. P. 212–218. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12693>; PMID: 28185269
39. Amore M., Innamorati M., Di Vittorio C. et al. Suicide Attempts in Major Depressed Patients with Personality Disorder // *Suicide Life Threat. Behav.* 2014. Vol. 44, № 2. P. 155–166. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12059>; PMID: 24138208
40. Клименко Т.В., Козлов А.А., Положий Б.С. и др. Суицидальное поведение как маркер прогрессивности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности // *Суицидология.* 2019. Т. 10, № 3. С. 87–92. DOI: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03\(36\)-87-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92)
41. Ичитовкина Н.А., Пташник Н.С. Наркологические расстройства при ПРЛ (пограничном расстройстве личности) // *Антология российской психотерапии и психологии: Материалы Итогового международного научно-практического конгресса (30 октября – 3 ноября 2019 г.). Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига и Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов».* М., 2019. С. 23–25.
42. Yen S., Gagnon K., Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents // *Personal. Ment. Health.* 2013. Vol. 7, № 2. P. 89–101. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.1216>; PMID: 24343935
43. Muehlenkamp J.J., Ertelt T.W., Miller A.L. et al. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2011. Vol. 52, № 2. P. 148–155. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x>; PMID: 20735511
44. Maurex L., Lekander M., Nilsson A. et al. Social problem solving, autobiographical memory, trauma, and depression in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts // *Br. J. Clin. Psychol.* 2010. Vol. 49, № 3. P. 327–342. DOI: <https://doi.org/10.1348/014466509X454831>; PMID: 19555523
45. Холмогорова А.Б., Климова И.Д. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 2. С. 153–167.
46. Khoury J.E., Pechtel P., Andersen C.M. et al. Relations among maternal withdrawal in infancy, borderline features, suicidality/self-injury, and adult hippocampal volume: A 30-year longitudinal study // *Behav. Brain Res.* 2019. Vol. 374. P. 112–139. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112139>; PMID: 31381974
47. Lyons-Ruth K., Bureau J.F., Holmes B. et al. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 206, № 2–3. P. 273–281. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>; PMID: 23123044
48. Lyons-Ruth K., Brumariu L.E., Bureau J.F. et al. Role Confusion and Disorientation in Young Adult-Parent Interaction Among Individuals With Borderline Symptomatology // *J. Pers. Disord.* 2015. Vol. 29, № 5. P. 641–662. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.165>; PMID: 25248019
49. Kaplan C., Tarlow N., Stewart J.G. et al. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality // *Compr. Psychiatry.* 2016. Vol. 71. P. 86–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.016>; PMID: 27649322
50. Oldham J.M. Borderline Personality Disorder and Suicidality // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163, № 1. P. 20–26. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>; PMID: 16390884

Литература

51. Wedig M.M., Silverman M.H., Frankenburg F.R. et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42, № 11. P. 2395–2404. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712000517>; PMID: 22436619
52. Soloff P.H., Fabio A., Kelly T.M. et al. High-lethality status in patients with borderline personality disorder // *J. Pers. Disord.* 2005. Vol. 19, № 4. P. 386–399. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.4.386>; PMID: 16178681
53. Daray F.M., Teti G.L., Rojas S.M. et al. Time Left for Intervention in the Suicidal Process in Borderline Personality Disorder // *Arch. Suicide Res.* 2015. Vol. 19, № 4. P. 489–499. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.1002875>; PMID: 25699990
54. Sher L., Rutter S.B., New A.S. et al. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* 2018. Vol. 139, № 2. P. 145–153. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12981>; PMID: 30353921
55. Chesin M.S., Jeglic E.L., Stanley B. Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder // *Arch. Suicide Res.* 2010. Vol. 14, № 4. P. 342–362. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524054>; PMID: 21082450
56. Goodman M., Tomas A.I., Temes C.M. et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder // *Personal. Ment. Health.* 2017. Vol. 11, № 3. P. 157–163. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>; PMID: 28544496
57. Pérez S., Marco J.H., García-Alandete J. Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors // *Psychiatry Res.* 2014. Vol. 220, № 3. P. 935–940. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.001>; PMID: 25312392
58. Shaikh U., Qamar I., Jafry F. et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments // *Front. Psychiatry.* 2017. Vol. 8. P. 136. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136>; PMID: 28824467
59. Агарков В.А. Диссоциация и пограничное расстройство личности // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 2. С. 10–37.
60. Ласовская Т.Ю., Ячников С.В., Сахно В.Е. и др. Пограничное расстройство личности и нанесение татуировок // *Медицина и образование в Сибири.* 2013. № 3. С. 27.

References

1. Smulevich AB. *Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroiv.* Moscow: MEDpress-inform; 2009. 208 p. (In Russ.)
2. Zalutskaya NM. Pogranichnoe rasstroivstvo lichnosti: voprosy diagnostiki i terapii. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroivstv* [The Journal of Current Therapy of Mental Disorders]. 2012;(2):2–8. (In Russ.)
3. Kolganova PA. Trudnosti postroeniya terapevticheskogo al'yansa s klientom, imeyushchim pogranichnoe rasstroivstvo lichnosti. *Alleya nauki.* 2017;5(16):359–61. (In Russ.)
4. Smulevich AB. *Rasstroivstva lichnosti.* In: Aleksandrovskii YA, Neznanov NG, et al., editors. *Psikhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo.* Moscow: GJeOTAR-Media; 2018. p. 1158–209. (In Russ.)
5. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010;24(4):412–26. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>; PMID: 20695803
6. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, et al. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2011;377(9759):74–84. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5); PMID: 21195251
7. Fassbinder E, Schuetze M, Kranich A, et al. Feasibility of Group Schema Therapy for Outpatients with Severe Borderline Personality Disorder in Germany: A Pilot Study with Three Year Follow-Up. *Front Psychol.* 2016;(7):1851. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01851>; PMID: 27933020
8. Wunsch EM, Kliem S, Kröger C. Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: projected costs in a currently running, ideal health system. *Behav Res Ther.* 2014;(60):1–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.002>; PMID: 25014129
9. Black DW, Blum N, Pfohl B, et al. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord.* 2004;18(3):226–39. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>; PMID: 15237043
10. Corniquel MB, Koenigsberg HW, Likhtik E. Toward an Animal Model of Borderline Personality Disorder. *Psychopharmacology (Berl).* 2019;236(8):2485–500. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05289-x>; PMID: 31201478
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord.* 2005;19:505–23. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>; PMID: 16274279
12. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front Psychiatry.* 2017;8:136. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136>; PMID: 28824467
13. ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, et al. Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry.* 2016;16:249. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>; PMID: 27435813
14. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, et al. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide at-tempts in youth with borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(2):194–201. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.12461>; PMID: 28718985
15. Zimmerman M, Ellison W, Morgan TA, et al. Psychosocial morbidity associated with bipolar disorder and borderline personality disorder in psychiatric out-patients: Comparative study. *Br J Psychiatry.* 2015;207(4):334–8. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153569>; PMID: 25906793
16. Kawada T. Personality disorder and suicide. *Br J Psychiatry.* 2018;213(2):499. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.133>; PMID: 30027878
17. Rodante DE, Grendas LN, Puppo S, et al. Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2019;140(2):158–68. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13058>; PMID: 31155713
18. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective Predictors of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder at 6-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry.* 2012;169(5):484–90. PMID: 22549208; DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11091378>; PMID: 22549208
19. Links PS, Kolla NJ, Guimond T, et al. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry.* 2013;58(2):99–106. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674371305800207>; PMID: 23442897
20. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, et al. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *American Psychiatric Association;* 2010. 183 p.
21. Törnblom AW, Sorjonen K, Runeson B, et al. Who Is at Risk of Dying Young from Suicide and Sudden Violent Death? Common and Specific Risk Factors among Children, Adolescents, and Young Adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;50(4):757–77. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12614>; PMID: 32012342
22. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry.* 2010;10:109. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-109>; PMID: 21144041
23. Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality in the Medical Setting. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2015;17(3):665–79. DOI: <https://doi.org/10.4088/PC.14r01743>; PMID: 26644960
24. Tong Y, Phillips MR, Conner KR. DSM-IV Axis II personality disorders and suicide and attempted suicide in China. *Br J Psychiatry.* 2016;209(4):319–26. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151076>; PMID: 26585099
25. Liu KY. Personality disorders and suicide in China. *Br J Psychiatry.* 2017;210(2):167. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.210.2.167>; PMID: 28148519
26. Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, et al. Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder // *Can J Psychiatry.* 2015;60(2; Suppl 1):46–54. PMID: 25886671

References

27. Greenfield B, Henry M, Lis E, et al. Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(4):397–406. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0589-9>; PMID: 25084977
28. Shitov EA, Merinov AV, Shustov DI, et al. [Clinical and suicidological description alcohol dependent patients with comorbidity borderline personality disorder]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]*. 2015;23(4):87–90. (In Russ.)
29. Kuznetsova-Moreva EA, Prostiakov AI. Suitsidal'noe povedenie pacientov s pogranichnym rasstroistvom lichnosti. In: *Mezhdistsiplinarnyi podkhod v ponimanii i lechenii psikhicheskikh rasstroistv: mif ili real'nost'?* St. Petersburg; 2014. p. 160–2. (In Russ.)
30. Konina MA, Kholmogorova AB. [The Personality Beliefs Questionnaire in borderline personality disorder (PBQ-BPD): adaptation for Russian-speaking selection]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*. 2016;24(3(92)):126–43. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240308>
31. Isagulova EY. [Characteristic features of clinical manifestations of borderline personality disorder in adolescents]. *Natsional'noe zdorov'e [National Health]*. 2020;(1):82–8. (In Russ.)
32. Björkenstam E, Björkenstam C, Holm H, et al. Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *Br J Psychiatry*. 2015;207(4):339–45. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149583>; PMID: 26159601
33. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42(6):482–7. DOI: <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>; PMID: 11704940
34. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, et al. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients – A Comparative Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:290. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00290>; PMID: 32362847
35. Aouidad A, Cohen D, Mirkovic B, et al. Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):525. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02930-4>; PMID: 33148207
36. Sher L, Fisher AM, Kelliher CH, et al. Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Res*. 2016;246:261–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.003>; PMID: 27728869
37. Rogers ML, Joiner TE Jr. Borderline Personality Disorder Diagnostic Criteria as Risk Factors for Suicidal Behavior Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Arch Suicide Res*. 2016;20(4):591–604. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158681>; PMID: 26953502
38. Kelleher I, Ramsay H, DeVylder J. Psychotic experiences and suicide attempt risk in common mental disorders and borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):212–8. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12693>; PMID: 28185269
39. Amore M, Innamorati M, Di Vittorio C, et al. Suicide Attempts in Major Depressed Patients with Personality Disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(2):155–66. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12059>; PMID: 24138208
40. Klimenko TV, Kozlov AA, Polozhii BS, et al. [Suicidal behavior as a marker of progression of alcohol addiction in persons with a personality disorder]. *Suitsidologiya [Suicidology]*. 2019;10(3):87–92. (In Russ.) DOI: [https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03\(36\)-87-92](https://doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92)
41. Ichitovkina NA, Ptashnik NS. [Narcological disorders (borderline personality disorder)]. In: *Antologiya rossiiskoi psikhoterapii i psikhologii. Materialy Itogovogo mezhdunarodnogo nauchno-prakticheskogo kongressa*. Moscow; 2019. p. 23–5. (In Russ.)
42. Yen S, Gagnon K, Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personal Ment Health*. 2013;7(2):89–101. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.1216>; PMID: 24343935
43. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, et al. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(2):148–55. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x>; PMID: 20735511
44. Maurex L, Lekander M, Nilsson A, et al. Social problem solving, autobiographical memory, trauma, and depression in women with borderline personality disorder and a history of suicide attempts. *Br J Clin Psychol*. 2010;49(3):327–42. DOI: <https://doi.org/10.1348/014466509X454831>; PMID: 19555523
45. Kholmogorova AB, Klimova ID. [Coping strategies and emotional disadaptation in student population with traits of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*. 2014;(2):153–67. (In Russ.)
46. Khoury JE, Pechtel P, Andersen CM, et al. Relations among maternal withdrawal in infancy, borderline features, suicidality/self-injury, and adult hippocampal volume: A 30-year longitudinal study. *Behav Brain Res*. 2019;374:112–39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.112139>; PMID: 31381974
47. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Holmes B, et al. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Res*. 2013;206(2–3):273–81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>; PMID: 23123044
48. Lyons-Ruth K, Brumariu LE, Bureau JF, et al. Role Confusion and Disorientation in Young Adult-Parent Interaction Among Individuals With Borderline Symptomatology. *J Pers Disord*. 2015;29(5):641–62. DOI: https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_165; PMID: 25248019
49. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, et al. Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Compr Psychiatry*. 2016;71:86–94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.016>; PMID: 27649322
50. Oldham JM. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20–6. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>; PMID: 16390884
51. Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR, et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol Med*. 2012;42(11):2395–404. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712000517>; PMID: 22436619
52. Soloff PH, Fabio A, Kelly TM, et al. High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2005;19(4):386–99. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.4.386>; PMID: 16178681
53. Daray FM, Teti GL, Rojas SM, et al. Time Left for Intervention in the Suicidal Process in Borderline Personality Disorder. *Arch Suicide Res*. 2015;19(4):489–99. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.1002875>; PMID: 25699990
54. Sher L, Rutter SB, New AS, et al. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;139(2):145–53. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12981>; PMID: 30353921
55. Chesin MS, Jeglic EL, Stanley B. Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Arch Suicide Res*. 2010;14(4):342–62. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524054>; PMID: 21082450
56. Goodman M, Tomas AI, Temes CM, et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):157–63. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>; PMID: 28544496
57. Pérez S, Marco JH, García-Alandete J. Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):935–40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.001>; PMID: 25312392
58. Shaikh U, Qamar I, Jafry F, et al. Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Front Psychiatry*. 2017;8:136. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136>; PMID: 28824467
59. Agarkov VA. [Dissociation and borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*. 2014;(2):10–37. (In Russ.)
60. Lasovskaya TY, Yaichnikov SV, Sakhno VE, et al. [Borderline personality disorder and tattoo application]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri [Journal of Siberian Medical Sciences]*. 2013;(3):27. (In Russ.)